



Universitat
de les Illes Balears

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA INCORPORACIÓN DE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA A LA PRÁCTICA DIARIA DE LAS ENFERMERAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Tesis doctoral



Doctoranda

Susana González Torrente

Directores de tesis

Dr. Miguel Bennasar Veny

Dr. Joan de Pedro Gómez

Dr. Jordi Pericás Beltrán

Programa de Doctorado en Ciencias Biosociosanitarias (Año 2014)

Institut Universitari d' Investigació en Ciències de la Salut (IUNICS)



Universitat
de les Illes Balears

Factores que influyen en la incorporación de la evidencia científica a la práctica diaria de las enfermeras de Atención Primaria

**Tesis doctoral para optar al grado de
Doctor por la Universitat de les Illes Balears**

Programa de Doctorado en Ciencias Biosociosanitarias

Línea de investigación en Estilos de Vida y Salud (año 2014)

Institut Universitari d'Investigació en Ciències de la Salut(IUNICS)

Doctoranda

Susana González Torrente

Directores de la Tesis

Dr. Miguel Bennasar Veny Dr. Joan de Pedro Gómez Dr. Jordi Pericás Beltrán

Las preguntas no son nunca indiscretas.

Las respuestas, a veces sí.

Oscar Wilde

La utopía está en el horizonte.

*Camino dos pasos, ella se aleja dos pasos,
y el horizonte se corre diez pasos más allá.*

¿Entonces para qué sirve la utopía?

Para eso, sirve para caminar.

Eduardo Galeano

Knowing is not enough; we must apply.

Willing is not enough; we must do.

Goethe

A Priscila y Eliseo, siempre mis niños

A Jordi, mi compañero

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	XIII
RESUMEN	XV
ESTRUCTURA DE LA TESIS DOCTORAL	XVIII
ÍNDICE DE TABLAS	XX
ÍNDICE DE FIGURAS	XX
RELACIÓN DE ABREVIATURAS UTILIZADAS	XXI
CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN	23
1.1. Enfermería basada en la evidencia y su importancia	23
1.2. El por qué de esta tesis	24
1.3. Mis impresiones	25
CAPÍTULO 2. CONTEXTUALIZACIÓN	29
2.1. Evolución de la Práctica Basada en la Evidencia	29
2.1.1. Concepto de transferencia del conocimiento	34
2.1.2. Modelos y teorías de implementación de PBE	41
2.1.3. Instrumentos para medir implantación de EBE	47
2.2. La EBE en Atención Primaria	52
2.2.1. El contexto de Atención Primaria	52
2.2.2. Papel de la enfermera en el desarrollo de la AP en España.	53
2.2.3. Revisión de la literatura	61
2.2.4 Situación actual en Mallorca	68
2.3. Marco teórico: la EBE desde la Fenomenología	72
CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	78
3.1. Pregunta de investigación	78
3.1.1. Objetivo general	78
3.1.2. Objetivos específicos	78

3.2. Metodología	79
3.2.1. Fase cuantitativa	79
3.2.2. Fase cualitativa	82
3.3. Consideraciones éticas	88
CAPÍTULO 4. DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS	91
RESULTADOS DE LA FASE CUANTITATIVA	93
RESULTADOS DE LA FASE CUALITATIVA	98
4.1. Conceptualización de la evidencia	100
4.1.1. Definición de Enfermería Basada en la Evidencia (EBE)	100
4.1.2. Construcción de la EBE	102
4.1.3. Capacidad de delimitar problemas de investigación	103
4.1.4. Búsqueda de evidencia	104
4.1.5. Diseminación de la EBE	110
4.1.6. Ventajas de trabajar con EBE	116
4.1.7. Barreras al uso de evidencia	122
4.2. Requisitos para investigar	142
4.2.1. Necesidad de recursos	142
4.2.2. Facilitadores	147
4.2.3. Barreras	150
4.2.4. Justificación de la actividad investigadora	154
4.2.5. Quién debe investigar	157
4.3. Relaciones interprofesionales	160
4.3.1. Relaciones con los médicos	160
4.4. Relaciones con la institución	172
4.4.1. Diferencias de punto de vista	172
4.4.2. Vacío de gestión	184
4.4.3. Falta de comunicación	198
4.4.4. Falta de recursos	202
4.4.5. Evaluación de la implementación	213
4.4.6. Propuestas de mejora	220
4.4.7. Gestión	227
4.4.8. Facilitadores de EBE por la institución	237

	Índice
4.5. Percepción negativa de la profesión	240
4.5.1. Falta de autonomía	240
4.5.2. Falta de autoestima profesional	241
4.5.3. Frustración	241
4.5.4. Derrotismo	242
4.5.5. Pesimismo	243
4.5.6. Agotamiento	244
4.5.7. Decepción con la informatización	245
4.6. Futuro de la Enfermería Basada en la Evidencia	246
4.6.1. Esperanzas en la nueva formación de grado	251
4.6.2. Especialidad como motivador de EBE	247
4.6.3. Cambio personal como generador del resto de cambios	247
CAPÍTULO 5. DISCUSIÓN	249
Algunas consideraciones generales	249
Implicaciones para la práctica	287
Limitaciones de este estudio	289
CAPÍTULO 6. CONCLUSIONES	291
BIBLIOGRAFÍA	293
ANEXO 1.	329
Memoria de solicitud y concesión de ayuda del Instituto de Salud Carlos III al Proyecto.	
ANEXO 2.	353
Consentimiento informado	
ANEXO 4.	357
Cuestionario PES-Nursing Work Index	
ANEXO 5.	361
Cuestionario Evidence Based Practice Questionnaire	
ANEXO 6.	363
Guión de los grupos de discusión	
ANEXO 7.	364
Instrucciones a los observadores	

ANEXO 8. 367

Artículo 1. Perception of evidence-based practice and the professional environment of Primary Health Care nurses in the Spanish context: a cross-sectional study.

ANEXO 9. 369

Artículo 2. Perception of Spanish primary healthcare nurses about evidence-based clinical practice: a qualitative study.

ANEXO 10. 371

Artículo 3. Research as a basis for evidence-based clinical practice: a qualitative study of the views of primary care nurses.

AGRADECIMIENTOS

Este proyecto es para mí una de mis máximas ilusiones, algo que veía inalcanzable y, como en toda gran empresa, son tantas las personas implicadas, que tengo mucho que agradecer.

A mis directores de tesis Miguel Bennassar, Joan de Pedro y Jordi Pericás por su apoyo, su paciencia, sus correcciones, su empeño y, sobre todo, su certeza de que esta tesis vería la luz. Especialmente a Joan por hacerme partícipe de un proyecto que me ilusionó desde el principio y a Miguel por su paciencia y su insistencia en animarme y, sobre todo, por ser ese amigo siempre dispuesto a ayudar.

Al resto del grupo de investigación que participó en este estudio Rosa M^a Adrover, Marta Alonso, Patricia Gómez, Angélica Miguélez, Jesús Molina, Cati Perelló y Miguel Ángel Rodríguez por su dedicación y ayuda.

A todas las enfermeras que participaron en este proyecto ya que nos abrieron su corazón para dejarnos entrever sus opiniones e inquietudes. Sin su disposición y sinceridad esta tesis no habría sido posible.

A todas las personas que me he ido encontrando en mi vida profesional desde pacientes a profesionales sanitarios y no sanitarios porque, de alguna manera, todos han contribuido a mi crecimiento como persona y como enfermera. Al Centro de Salud de Muro en el que pasé mis inicios como enfermera y del que guardo un grato recuerdo. Al Centro de Salud de Trencadors en el que pasé los siguientes once años, la mayoría de mi vida profesional, y en el que maduré y crecí personal y profesionalmente. En ambos centros encontré personas de las que aprendí muchísimo y con las que conservo una hermosa amistad. Y, por supuesto, a mi actual Centro de Salud Son Pisà, en el que me siento integrada en un equipo excelente y especialmente arropada por un equipo de enfermeras inigualable.

A mis amigos que siempre me han animado y han soportado con paciencia durante estos años mi discurso, no siempre ameno, acerca de la tesis. Hemos pospuesto tantas actividades para cuando la acabe que esto promete ser divertido.

A mi familia que siempre me ha apoyado en todos mis proyectos porque creo que siempre han tenido más fe en mí que yo misma y especialmente a mis padres que me educaron en la curiosidad y la lectura.

A mi sobrino Josué que realizó con mucho cariño y paciencia el diseño de la portada, entendió desde el principio mi idea y la mejoró, me encanta.

A mi hijo Eliseo, que me ha enseñado a reírme de mí misma y que descubrió en seguida el auténtico motivo de esta tesis.

A Priscila, mi "hija-madre", por sus consejos metodológicos y por su apoyo incondicional en todos los sentidos, en definitiva por estar siempre ahí.

A Jordi, que ha tenido que soportar mis miedos y mis bajones, por sus mimos y su paciencia y, sobre todo, por sus continuas y, a veces desesperantes correcciones. Imposible no aprender a su lado.

Gracias a todos..., ¡de corazón!

RESUMEN

A pesar de que en los últimos años la Práctica Basada en la Evidencia (PBE) constituye una prioridad en los servicios de salud de algunos países ya que mejora la calidad de los cuidados al mismo tiempo que disminuye los costes, existe una falta de implementación de la misma. Además, especialmente en el ámbito de Atención Primaria (AP), existen pocos estudios que exploren los determinantes que influyen en su implantación y aún menos en los que se pida la opinión de los profesionales que deberán llevarla a cabo.

Esta tesis tiene como objetivo la realización de un diagnóstico de los factores que influyen en el uso e implementación de PBE en las enfermeras de AP de Mallorca. En una primera fase se diseñó un estudio observacional transversal multicéntrico utilizando los cuestionarios *Nursing Work Index* (PES-NWI), que valora el entorno para una PBE, y el *Evidence Based Practice Questionnaire* (EBPQ) que valora los conocimientos, uso y actitudes de las enfermeras hacia la PBE. Posteriormente, con el fin de profundizar en los hallazgos del cuestionario cuantitativo, se complementó con un estudio cualitativo en el que se realizaron varios grupos de discusión desde una perspectiva fenomenológica.

En cuanto a las barreras para la implementación de una PBE percibidas por las enfermeras de nuestro estudio, destacan la falta conocimientos, falta de apoyo, poca motivación y una distancia del conocimiento teórico vs. práctico que hace que consideren imprescindible una adaptación de la evidencia al entorno y al propio paciente, siempre bajo el juicio clínico de la enfermera. Respecto a las ventajas de utilizarla consideran que una PBE podría mejorar el prestigio de la profesión enfermera tanto ante la sociedad como ante sí mismas afianzando su identidad como profesión autónoma con un cuerpo de conocimientos coherente y propio. En general creen que las coordinadoras de enfermería deberían liderar este proceso, aunque tanto las enfermeras asistenciales como las coordinadoras, reconocen que para motivar y liderar el proceso de implantación de una PBE, sería necesaria una formación específica y una reestructuración de sus funciones.

En todos los grupos de discusión se identifica a la institución como un elemento que de manera constante dificulta o no facilita, la generación, búsqueda e implantación de la enfermería basada en la evidencia en AP. La sensación de las enfermeras es la de estar sometidas a unos gestores que, en el ámbito enfermero, tienen menos poder del que parece realizando una gestión orientada por criterios economicistas que, poco o nada, tienen que ver con la calidad asistencial. Sería de vital importancia que las instituciones evolucionaran hacia un liderazgo y una gestión más profesional y menos politizada con una implicación directa y firme de la organización para llevar, a través de la PBE, la práctica clínica enfermera en AP a la excelencia.

ABSTRACT

Even when in recent years the Evidence-Based Practice (EBP) is a priority in health services in some countries since it improves the quality of care and it reduces costs, there is a lack of implementation of it. Moreover, especially in the Primary Health Care (PHC) services, there are very few studies that examine the determinants that influence its implementation and even less in the opinion of the professionals who should be asked to carry it out.

This thesis aims to make a diagnosis of the factors that influence the use and implementation of EBP in PCH nurses from Mallorca. In the first phase a multicenter cross-sectional study was designed using the questionnaires Nursing Work Index (PES-NWI), which assesses the environment for EBP, and Evidence Based Practice Questionnaire (EBPQ) that values the knowledge, use and attitudes that nurses have towards EBP. After that, in order to delve in the results of the quantitative survey, five focus groups were conducted under the paradigm of the Phenomenological Theory with a qualitative methodology.

The nurses of our study perceived as barriers to implementing a EBP lack of knowledge, lack of support, lack of motivation and a big gap between the theoretical knowledge vs. practical practice that forces to make an adaptation of the evi-

dence to the environment and to the patient himself, always under the clinical judgment of the nurse. Regarding the advantages of using EBP, the nurses consider that EBP could improve the prestige of nursing profession at the society and, also, to themselves strengthen its identity as an autonomous profession with a body of coherent and self-knowledge. Generally, nurses believed that the nursing coordinators should lead this process, although both, practicing nurses and coordinators, recognized that specific training and a restructuration of its functions would be necessary to motivate and to lead the implementation of EBP process.

In all the focus groups the institution was identified as an element that consistently difficult or does not provide, generation, search and implementation of EBP in PHC. Nurses feel that they are subject to management who have less power than seems, conducted by economic criteria that, little or nothing, have to do with health care quality management. It would be vital that institutions evolve towards more professional leadership and management, less politicized with a direct involvement of the organization to carry out, through EBP, the clinical practice nursing in PHC to excellence.

ESTRUCTURA DE LA TESIS DOCTORAL

La presente tesis doctoral se compone de dos partes, una primera de revisión bibliográfica y de fundamentación teórica y, una segunda, empírica, donde se exponen el planteamiento de la investigación, los análisis realizados, la descripción de los resultados y la discusión y conclusiones resultantes.

En el primer capítulo se justifica la realización de esta tesis explicando la importancia de la enfermería basada en la evidencia y sus implicaciones para la práctica clínica. En el capítulo segundo, se abordan los antecedentes y estado actual del tema objeto de estudio, a partir de la revisión de la literatura. Se realiza un pequeño recorrido por la evolución del movimiento de la práctica basada en la evidencia y los diferentes modelos de transferencia del conocimiento, así como de los instrumentos que se han utilizado por la disciplina enfermera para medir los distintos factores individuales y de contexto que condicionan la práctica basada en la evidencia. Después se centra el tema de la Enfermería Basada en la Evidencia (EBE) en la AP apoyándonos en la literatura primero a nivel internacional, descendiendo luego a nuestro país y finalmente se hace un pequeño análisis de las circunstancias que han llevado a la situación actual en Baleares y más concretamente en Mallorca.

En la parte empírica, capítulos tercero y cuarto, se definen los objetivos (generales y específicos) que se pretenden alcanzar y se describen las características metodológicas de la investigación y el posterior análisis de resultados. Se enmarca el estudio en la fenomenología como orientación teórica y se justifica la opción de combinar las metodologías cuantitativa y cualitativa ya que nos permite, desde una perspectiva holística y de complementariedad, abordar los múltiples factores que influyen en nuestro estudio.

Se explica el diseño del estudio, se describen los participantes y la muestra intencional, así como el proceso de reclutamiento, la recogida de datos y la metodología de análisis. También se explica el rigor metodológico y las limitaciones del estudio, sin obviar las consideraciones o aspectos éticos, de vital importancia en cualquier tipo de investigación.

En el capítulo cuarto y quinto, se exponen los resultados y la discusión de los mismos. Tras una exposición de los hallazgos desprendidos en la fase cuantitativa y de las categorías clasificadas en el análisis cualitativo con los verbatims que las sustentan, se discuten los resultados más significativos que pueden arrojar luz sobre el estado actual de la PBE entre las enfermeras de AP. El presente trabajo se cierra con el capítulo sexto, de conclusión e implicaciones para la práctica

En último lugar, se presentan las referencias bibliográficas consultadas y los anexos entre los que se encuentran, los cuestionarios PES-NWI y EBPQ, el guión de los grupos de discusión, el proyecto con el que se obtuvo la financiación y las publicaciones fruto de esta investigación.

A lo largo de esta tesis, cuando se usa el vocablo “enfermeras” se entenderá extensivo a profesionales de ambos sexos.

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Composición de la muestra según sexo, categoría profesional y años de experiencia profesional.

Tabla 2. Valoración total y de los distintos factores del EBPQ y del NWI.

Tabla 3. Valoración del EBPQ total y de sus factores según categoría profesional.

Tabla 4. Valoración del EBPQ total y de sus factores según distintos grupos de años de ejercicio profesional.

Tabla 5. Valoración del NWI total y de sus factores según distintos grupos de años de ejercicio profesional.

Tabla 6. Valoración del NWI total y de sus factores según categoría profesional.

Tabla 7. Regresión múltiple con el EBPQ como una variable dependiente y los que están en la primera columna como variables predictoras.

Tabla 8. Composición y datos sociodemográficos de los grupos de discusión.

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Recogida de muestra y segmentación por años de experiencia profesional (Fase cuantitativa).

Figura 2. Recogida de muestra y segmentación por años de experiencia profesional (Fase cualitativa).

Figura 3. Familia “Conceptualización de la Evidencia.

Figura 4. Familia “Requisitos para investigar”.

Figura 5. Familia “Relaciones interprofesionales”.

Figura 6. Familia “Relaciones con la institución”.

Figura 7. Familia “Percepción negativa de la profesión”

Figura 8. Familia “Visiones de futuro respecto a la PBE”

RELACIÓN DE ABREVIATURAS UTILIZADAS

ACCE:	Asociación Colaboración Cochrane España
AEC:	Asociación de Enfermería Comunitaria
AH:	Atención Hospitalaria
ANA:	American Nurses Association
ANCC:	American Nurses Credential Center
AP:	Atención Primaria
ATS:	Ayudante Técnico Sanitario
BARRIERS:	The Barriers to Research Utilization Scale
BOE:	Boletín Oficial del Estado
BOIB:	Boletín Oficial de las Islas Baleares
CCAA:	Comunidades Autónomas
CGE:	Consejo General de Enfermería
CIE:	Consejo Internacional de Enfermería
CIMOP:	Comunicación, imagen y opinión pública
CNA:	Canadian Nurse Association
COIBA:	Col·legi Oficial d'Infermeria de les Illes Balears
CS:	Centro de Salud
DUE:	Diplomado Universitario en Enfermería
EBNAQ:	Evidence-Based Nursing Attitude Questionnaire
EBPQ:	Evidence Based Practice Questionnaire
EAP:	Equipo de Atención Primaria
EpS:	Educación para la Salud
EOM:	Essentials of Magnetism
EPA:	Enfermera de Práctica Avanzada
EVES:	Grup d'Investigació d'Evidència, Estils de Vida y Salut
FAECAP:	Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria
FIS:	Fondo de Investigaciones Sanitarias del Instituto Carlos III
GAP:	Gerencia de Atención Primaria

GAPM: Gerencia de Atención Primaria de Mallorca

INSALUD: Instituto Nacional de la Salud

IOM: Institute of Medicine

IUNICS: Instituto Universitario de Investigación en Ciencias de la Salud

LOPS: Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias

MBE: Medicina Basada en la Evidencia

MF: Médico de Familia

MPE: Modelos de Práctica Enfermera

NWI: Nursing Work Index

ODM: Objetivos de Desarrollo del Milenio

OMRU: Ottawa Model for Research Use

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPE: Oferta Pública de Empleo

PARIHS: Promoting Action on Research Implementation in Health Services

PBE: Práctica Basada en la Evidencia

PCBE: Práctica Clínica Basada en la Evidencia

PdS: Promoción de la Salud

PES-NWI: Escala de entorno de práctica del NWI

QUERI: Quality Enhancement Research Initiative

RAP: Reforma de la Atención Primaria

RNAO: Asociación de Enfermeras de Ontario

RN4CAST: Nurse Forecasting: Human Resources Planning in Nursing

SATSE: Sindicato de Enfermería

SEDAP: Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria

SNS: Sistema Nacional de Salud

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos

UIB: Universitat de les Illes Balears

UGT: Unión General de Trabajadores

WHO: World Health Organization

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN

1.1. Enfermería basada en la evidencia y su importancia

La Práctica Clínica Basada en la Evidencia (PCBE), aplicada a la enfermería, se define como la utilización de la mejor evidencia científica disponible para la toma de decisiones en el cuidado de los pacientes. Evidencia científica se refiere a algo que se comprueba, demuestra o verifica obteniéndose una certeza de veracidad a partir de pruebas científicas nacidas de una investigación rigurosa. Hoy en día, en la profesión enfermera, ya casi nadie pone en duda que todas las acciones deben estar basadas en el rigor científico y sustentadas por una base de conocimientos que garantice la máxima calidad de los cuidados impartidos en todos sus aspectos (Thompson, Cullum, McCaughan, Sheldon, & Raynor, 2004; Squires, Estabrooks, Gustavsson, & Wallin, 2011). En la disciplina enfermera, esta base de conocimientos debe generarse a través de una observación crítica y una investigación que desarrolle el conocimiento existente y lo valide para proponer cambios en la práctica diaria (Melnik, Fineout-Overholt, Stillwell, & Williamson, 2009). La práctica clínica enfermera se puede definir como el proceso de actuación de un profesional de la salud en relación con el cuidado del paciente. Esta práctica clínica vendrá definida por el bagaje de conocimientos que tenga disponibles el profesional, los datos clínicos del paciente, las percepciones, razonamientos, juicios clínicos, decisiones, las actuaciones que de éstos se deriven y el modo en el que los profesionales mantengan actualizados sus conocimientos y habilidades clínicas. Este proceso, al estar condicionado por tantas variables no siempre resulta preciso y reproducible tal como exige el método científico. Esta es, probablemente, una de las razones por las que existe una gran variabilidad en la toma de decisiones entre los profesionales, no solo entre diferentes pacientes sino incluso en el mismo paciente y con el mismo diagnóstico, al ser tratado por diferentes profesionales o en diferentes situaciones (Peiró & Bernal 2006; Fernández-de-Maya & Richard-Martínez 2010).

Este problema no es exclusivo de las enfermeras sino que es común a todas las profesiones sanitarias, de hecho, el movimiento de la Enfermería Basada en la Evidencia (EBE) se originó primeramente en la medicina. Las decisiones de las enfermeras a menudo implican, no sólo tener en cuenta su propia perspectiva sino tam-

bién la de sus pacientes y la de los otros profesionales sanitarios con los que trabajan y con los que existen, a veces, relaciones de poder complicadas (García-Millan, Criado-Álvarez, García del Valle & Jiménez-Gregorio 2012). A esto hay que sumar la ingente cantidad de información de la que se dispone en los últimos tiempos, si bien en ausencia de formación suficiente para cribar y discriminar los datos con un talante crítico, lejos de aclarar las decisiones, a menudo pueden confundir todavía más a las enfermeras. La confluencia de estos factores hace que la decisión pueda variar en función de las circunstancias, del entorno, de los pacientes atendidos y de los múltiples factores profesionales y personales de los que hemos hablado (Leach & Gillham 2008; Gerrish et al., 2011)

1.2. El por qué de esta tesis

El estudio expuesto en esta tesis está incluido en una línea de investigación sobre PBE, llevada a cabo por el grupo de Investigación en Evidencia, Estilos de Vida y Salud (EVES) y del Instituto Universitario de Investigación en Ciencias de la Salud (IUNICS) de la Universidad de las Islas Baleares (UIB). Forma parte de un proyecto de investigación becado por el Fondo de Investigaciones Sanitarias (FIS) del Instituto Carlos III titulado “Factores que determinan la práctica clínica basada en la evidencia en enfermeras de hospital y atención primaria de Baleares. Propuesta de elementos de facilitación a partir del modelo PARIHS” (ver Anexo 1, FIS nº PI09/90512) cuyo objetivo fue establecer un diagnóstico de los factores que las enfermeras perciben como determinantes de la PBE en las diferentes organizaciones sanitarias públicas de las Islas Baleares.

A lo largo de mi vida profesional como enfermera de Atención Primaria (AP) y como coordinadora de enfermería de dos Centros de Salud (CS) durante los últimos años, he podido comprobar el fenómeno de la variabilidad en la práctica clínica y lo complicado que en muchas ocasiones puede resultar cambiar una práctica habitual, incluso a pesar de estar justificada con argumentos científicos. Muchas decisiones tomadas por las enfermeras acerca de los cuidados, al margen de ser correctas o no, pueden parecer arbitrarias, muy variables y sin explicación obvia. Son numerosas las ocasiones en que las enfermeras no sabemos explicar los motivos de una decisión y, si bien es cierto que el método científico no puede aplicarse de ma-

nera estricta en clínica ya que es necesario tener en cuenta a las personas y su entorno (Morales-Asencio 2008), en una profesión como la nuestra, que reivindica continuamente su identidad y más autonomía en el desarrollo de sus competencias, éste puede ser un punto débil importante y derivar en una gran incertidumbre que puede desacreditar nuestra profesión y, en definitiva, cuestionar la eficiencia y la eficacia del sistema.

En nuestro colectivo, se observan visiones muy distintas, no sólo en cuanto al trabajo diario sino a las creencias respecto a la producción científica actual. Se pueden intuir algunas de las causas: formaciones muy dispares por los cambios que ha sufrido la formación de las enfermeras, creencias, falta de formación, falta de autonomía profesional etc. (McKenna, Ashton & Keeney 2004a).

Mi objetivo al desarrollar esta tesis, es indagar cuáles son los factores percibidos por las enfermas de AP que influyen en el uso de la PBE con el fin de poder introducir cambios que mejoren nuestra práctica diaria. Creo que las enfermeras de AP pueden contribuir de una manera muy positiva a la salud de la población siendo líderes en aspectos tan importantes como la prevención y la promoción de la salud (PdS). La OMS, en el documento *Salud para todos en el siglo XXI*, objetivo 15, deja bien patente cómo ha de ser la enfermera comunitaria: “en el núcleo del sistema debe estar una enfermera bien formada que proporcione un amplio asesoramiento en materia de hábitos de vida, asistencia familiar, y servicios de atención domiciliar a un número limitado de familias. Igualmente deberá interactuar con las estructuras de la comunidad local con relación a los problemas sanitarios” (OMS 1998).

No se puede cambiar lo que no se conoce y las enfermeras, en numerosas ocasiones, sabemos lo que no queremos y nos quejamos de ello, pero adolecemos de no saber lo que realmente queremos y trabajar para ello.

1.3. Mis impresiones

La elección de la metodología cualitativa para ahondar en los resultados que nos dieron los cuestionarios EBPQ y NWI en la fase cuantitativa previa, nos ha permitido conocer de primera mano las percepciones actitudes y conocimientos que, en-

fermeras con formaciones académicas muy distintas y recorridos profesionales variados, nos han confiado. Esta variabilidad en la muestra, me ha ayudado a entender que, si bien es absolutamente necesaria una práctica profesional basada en la evidencia, necesitamos la experiencia de los mayores y el entusiasmo de los jóvenes si queremos contribuir de verdad a la excelencia en nuestra práctica profesional.

Como en toda investigación cualitativa han surgido temas colaterales que no habíamos previsto y que nos abren nuevas puertas para posteriores investigaciones. En este sentido, en algunos momentos, me ha supuesto un auténtico esfuerzo no desviarme del objetivo principal de la investigación, ya que muchos de los temas colaterales surgidos, como la definición de las funciones de las coordinadoras de enfermería, la precariedad laboral actual, los determinantes que influyen en los ambientes de trabajo, el desarrollo de las especialidades de enfermería, la carrera profesional, etc. me parecían importantes y era toda una tentación ahondar en ellos.

En todo el proceso de captación y análisis de los grupos entraré más adelante en profundidad pero debo reconocer que fue complicado y en algunos momentos frustrante. Nos costó captar a las enfermeras para realizar los grupos de discusión. Y, sobre todo, resultó complicado dejar de lado nuestras ideas preconcebidas en el proceso de análisis de los grupos de discusión sin juzgar la veracidad o no de las afirmaciones que se realizaban en vez de tratar de entrever las inquietudes y actitudes que reflejaban.

En general, todo este proceso ha resultado muy interesante y hasta cierto punto divertido. Me gustaría resaltar la satisfacción del equipo investigador con la metodología cualitativa elegida para la segunda fase de este estudio ya que ha permitido analizar y construir significados desde los propios implicados y sumergirnos en el contexto en el que se mueven las enfermeras de AP. Este proceso nos ha permitido recoger y analizar opiniones y el discurso de una forma dinámica, para comprender en profundidad las percepciones, conocimientos y actitudes de las enfermeras participantes en el estudio. Mi máxima ilusión sería que esta tesis sirviera de punto de partida para plantear acciones que promuevan una práctica basada en la evi-

dencia entre las enfermeras de AP en Mallorca de forma que nuestro trabajo pueda alcanzar, a todos los niveles, una mayor excelencia. A todas esas enfermeras que nos brindaron su tiempo, su experiencia y sus opiniones y sentimientos, gracias una vez más.

CAPÍTULO 2. CONTEXTUALIZACIÓN

2.1. Evolución de la Práctica Basada en la Evidencia

La PBE tiene sus orígenes en la Medicina Basada en la Evidencia (MBE). Aunque el inicio de la PBE se sitúa en los años noventa, algunas voces previas se habían alzado ya alertando del caos existente con respecto a las decisiones clínicas en las que parecían no utilizarse los criterios más objetivos aportados por la investigación. Así, en 1972 Archie L. Cochrane, en su libro *Efectividad y eficiencia. Reflexiones al azar sobre los servicios sanitarios* ya critica al estamento médico por tomar decisiones sin tener en cuenta los estudios científicos (Alonso-Coello et al., 2004).

En Canadá, desde la disciplina de la epidemiología clínica, a finales de los años 70, el grupo de Sackett, planteó incorporar la investigación a la toma de decisiones clínicas con respecto al tratamiento de los pacientes. Más tarde, en los años 90, el grupo liderado por Guyatt promovió la utilización de investigaciones con base matemático-estadística como evidencia, utilizando por primera vez el término Medicina Basada en la Evidencia (MBE) en una publicación en 1991 en el *ACP Journal Club* (Gálvez-Toro 2007). El impacto y la aceptación del término en la profesión médica fue importante, ya que se planteó como una solución válida a la necesidad sentida de recopilar y aplicar la información y los estudios existentes para sustentar las decisiones clínicas, transfiriendo así el conocimiento científico más relevante a la praxis de la medicina. Sin embargo, este modelo inicial de MBE no tenía relación directa con la práctica clínica, se trataba simplemente de un modelo de propagación, síntesis y difusión de conclusiones de la investigación científica con la esperanza de disminuir el desfase de años existente entre los hallazgos de la investigación y su aplicación a la práctica clínica (Guyatt et al., 1992)

En 1992 Guyatt y Sackett, en la revista JAMA, publicaron una apología de la evidencia que se extendió entre la clase médica de tal forma, que su comprensión y enseñanza se generalizaron entre la profesión. Cinco años después de la publicación de este artículo, en 1996, Sackett elaboró la primera definición explícita de la MBE que se aceptó como definitiva describiéndola como: “*la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de cada paciente*” (Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes & Richardson 1996).

Además, las aportaciones de Sacket supusieron un cambio de enfoque pasando de ser un mero instrumento de revisión a conectar la práctica clínica con la MBE planteándolo como un nuevo método para aprender y ejercer la medicina. En 1997, con el fin de promocionar y difundir la MBE, Sacket publicó un libro, posteriormente traducido al español, con el objetivo de establecer las bases para la práctica y enseñanza de la MBE (Sackett et al., 1996). En la misma línea pero con menor difusión, Rosenberg y Donald (1995) definieron la PCBE como “*un enfoque dirigido a la solución de los problemas surgidos en la práctica clínica cuya característica más relevante es la toma de decisiones basadas en la mejor evidencia*” (Smith & Rennie 2014).

En España el movimiento se desarrolló de forma paralela gracias a la revista Medicina Clínica y a autores como Guerra y Jovell que comenzaron a publicar, en los mismos años, artículos acerca de la MBE (Jovella & Navarro-Rubiob 1995; Guerra, López & Páramo 1996).

El desfase entre los libros y la literatura periódica, la variabilidad en la atención clínica en pacientes con una misma enfermedad, los distanciamientos entre los avances científicos y la práctica asistencial, y la laguna existente entre investigación y práctica facilitaron el nacimiento y la aceptación de la MBE, no sólo como un método de discriminación de la calidad de la investigación, sino según algunos autores, como un nuevo paradigma (Guyatt et al., 1992).

Otros dos factores que influyeron de forma decisiva en la aparición y difusión de la MBE fueron la globalización y la explosión de información fácilmente accesible proporcionada por *internet*, promoviendo en pocos años una difusión científica rápida, lo que a su vez puso de manifiesto la existencia de una importante cantidad de información y de publicaciones inútiles y poco fiables que hizo que la MBE apareciera como algo necesario y, como dice Gálvez-Toro (2007), *la guardiana de la verdad, la gestora de la excelencia, de la validez y de la ciencia*.

El concepto de MBE evolucionó, tal como el mismo Sackett precisó en el 2000, hacia la integración de la mejor evidencia de investigación, con la experiencia clínica y los valores del paciente para facilitar la toma de decisiones clínicas (Sackett,

Straus, Richardson, Rosenberg & Haynes 2000).

Según Sacket et al. (2000), los cinco pasos para practicar la MBE serían :

- 1.- Convertir la necesidad de información en una pregunta.
- 2.- Buscar la mejor evidencia para responder la pregunta.
- 3.- Evaluar críticamente la validez de esa evidencia y su aplicabilidad.
- 4.- Integrar la valoración con los datos biológicos disponibles y los valores del paciente.
- 5.- Evaluar nuestra efectividad para realizar los pasos de 1 al 4 y buscar formas de mejora.

Estos cinco pasos, que siguen vigentes hoy en día, constituyen el proceso para la transferencia del conocimiento a la práctica clínica, enlazan con el esquema que propone Gálvez-Toro (2007) para asentar los pilares en los que basar este proceso de integración, y que según su opinión son, la investigación, la experiencia del clínico, las preferencias y valores de los pacientes y los recursos disponibles.

En torno a estas propuestas se han desarrollado diversos modelos que intentan desplegar diferentes teorías facilitadoras para el desarrollo de una PBE.

Es importante hacer un inciso acerca de la traducción del término inglés *Evidence-Based Medicine* al castellano como Medicina Basada en la Evidencia. Esta traducción ha sido desafortunada por varios motivos. Por un lado está el artículo “la” que enfatiza y da entender que se trata de una evidencia y que sólo hay una. Por otro lado, los términos *evidence* y evidencia no tienen los mismos matices aunque su traducción literal nos pueda hacer pensar que significan lo mismo. En el contexto anglosajón es sinónimo de prueba, respaldo de un testimonio o de una conclusión o dato del que se pueden sacar conclusiones, en el contexto español la palabra evidencia tiene un significado filosófico y ontológico de verdad objetiva aplicándose, la mayoría de la veces, a fenómenos tan obvios que precisamente no necesitan de ninguna demostración. Según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española se trata de “una certeza clara, manifiesta y tan perceptible que nadie puede

dudar racionalmente de ella”. La MBE no lleva asociada la idea de certidumbre completa, sino la de práctica coherente con los resultados procedentes de la investigación, o con la mejor prueba (*best practice*) disponible. Por esto, una de las estrategias de la MBE consiste, precisamente, en discernir de entre la abundante información y producción científica actual, cuál puede ser la más fiable a la hora de aplicarla.

Si bien la Enfermería Basada en la Evidencia (EBE) partió inicialmente del concepto de Medicina Basada en la Evidencia, definido por el profesor Sackett en los años 90, se integraron otros elementos adicionales que no sólo se referían a la disponibilidad de la mejor evidencia científica disponible a través de la investigación, sino a la aplicación del empleo del propio juicio profesional derivado de la experiencia, las preferencias y valores de los pacientes y los recursos disponibles (Gálvez-Toro 2007).

La EBE se desarrolla posteriormente en los países de habla inglesa, celebrándose en 1997 en el Reino Unido las Primeras Conferencias Internacionales sobre EBE y en 1998 se inicia la publicación de las revistas *Evidence-Based Nursing* y *Outcome Management for Nursing Practice*, y se crean los centros de *Evidence Based Nursing* (McPheeters & Lohr 1998; Smith 1998; Ciliska, Dicenso & Cullum 1999).

En el año 2000, Ingersoll define EBE como el “*uso consciente, explícito y juicioso de información derivada de la teoría y basada en investigación, para la toma de decisiones sobre prestación de cuidados a sujetos o grupos, teniendo en cuenta sus preferencias y necesidades individuales*” (Ingersoll 2000). En la misma época, en Inglaterra, DiCenso et al. (2000) definen EBE como el “*proceso por el cual las enfermeras toman decisiones clínicas, usando las mejores pruebas disponibles sustentadas en la investigación, su experiencia clínica y las preferencias del paciente, en el contexto de los recursos disponibles*”.

Como ya se ha visto la EBE, al nacer a partir de la MBE, inicialmente toma el marco conceptual positivista de la medicina, sufriendo distintas adaptaciones hacia un enfoque más enfermero. En España, en la Primera Reunión sobre EBE realizada en Granada 2002 (Observatorio EBE 2006), se aporta una nueva definición que com-

plementa la visión positivista de las definiciones anteriores orientándola a un paradigma cualitativo:

“Uso consciente y explícito, desde el mundo del pensamiento de las enfermeras, de las ventajas que ofrece el modelo positivista de síntesis de la literatura científica de la MBE, integrado en una perspectiva crítica, reflexiva y fenomenológica tal, que haga visible perspectivas de la salud invisibilizadas por el pensamiento hegemónico”.

Estos dos paradigmas, positivista y cualitativo, nos brindan la posibilidad de abrirnos ante las evidencias que serán necesarias para una toma de decisiones informada en el quehacer de las enfermeras. Esta toma de decisiones requiere conocer y manejar los elementos y etapas que conforman la PBE, así como las barreras y estrategias que se presentan en su implementación.

Es importante que la definición de EBE incluya las palabras cuidado, pacientes, valores y preferencias de los pacientes, toma de decisiones y conocimiento enfermero, garantizando un modelo de enfermería cuyo eje central sean los cuidados de calidad basados en un modelo de investigación centrado tanto en aspectos cualitativos como cuantitativos. Desde esta perspectiva, la EBE, se podría definir como:

“La aplicación consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia científica disponible relativa al conocimiento enfermero para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes, teniendo en cuenta sus preferencias y valores, e incorporando la pericia profesional en esta toma de decisiones” (Alonso-Coello et al., 2004).

Al incorporar *conocimiento enfermero y cuidado*, queda implícita la visión holística del cuidado para la que es necesaria la aportación de la investigación cuantitativa y de la investigación cualitativa, y cómo esta investigación contribuye a engrosar el conocimiento enfermero; la toma de decisiones es el primer paso para la consecución del objetivo de la EBE y por lo tanto es importante que figure en la definición. Esta *toma de decisiones* puede realizarse para un paciente individual o para un grupo de pacientes, como sucede en la salud pública en la que estas decisiones afectan a una comunidad (Morales-Asencio 2008). *Tener en cuenta las preferencias y valores* de los pacientes garantiza que éstos se involucren en su cuidado. Henderson en 1994, describió claramente la importancia de esta acción con las siguientes

palabras, “... parece que es una arrogancia por nuestra parte pensar que podemos identificar el problema del paciente y hacerle un plan para tratar dicho problema. Debemos pensar que es el paciente quien mejor puede identificar su propio problema, y quizás le podemos ayudar a que realice el plan para resolverlo”. Para finalizar se incluye *pericia profesional* ya que el concepto incorpora, además de otros aspectos, los relacionados con el juicio crítico, la experiencia profesional, las habilidades y la empatía (Alonso-Coello et al., 2009).

En los últimos años han venido apareciendo factores que exigen un cambio en la práctica enfermera, entre ellos, el aumento creciente de las expectativas y demandas de los servicios sanitarios, el progresivo envejecimiento de la población, el incremento de las expectativas de los pacientes y de los profesionales o el avance en los conocimientos y tecnologías (Canadian Nurse Association [CNA] 2012; Gottlieb, Gottlieb, & Shamian 2012; Gómez-Picard & Fuster-Culebras 2014). La EBE se nos plantea como un camino para conseguir los mejores cuidados enfermeros aplicados a una persona o comunidad. Considerando cada una de estas dimensiones en nuestro quehacer diario, no debemos aspirar sólo a garantizar cuidados básicos para toda la población, sino a la prestación universal de servicios de alta calidad, definidos por criterios de efectividad y eficacia probados. Los resultados, además de ser beneficiosos en las condiciones reales de la práctica habitual, deben ser beneficiosos en relación al esfuerzo empleado en términos de recursos humanos, materiales y costes. Se potencian así elementos profesionales de racionalización coherente con los valores y preferencias del paciente para responder a una demanda creciente de servicios en un contexto de recursos limitados (Díaz-Sánchez, Álvaro-Noguera, Campo-Cecilia, Saavedra-Sánchez, & Cabrera-Artacho, 2007; Ortún, 2012).

2.1.1. Concepto de transferencia del conocimiento

Las organizaciones sanitarias deben ser las encargadas de gestionar el conocimiento, con el fin de ofrecer servicios de máxima calidad y seguridad para los clientes y los profesionales sanitarios. Sus servicios, se nutren de las aportaciones que van realizando las distintas fuentes de conocimiento en materia de salud. Hay una creciente evidencia de que este aspecto contribuye de forma inequívoca a los resulta-

dos de las organizaciones y de los pacientes (Hoffart & Woods 1996; Marek 1997; Spilsbury & Meyer 2001).

Son ya clásicos los estudios de Aiken, Havens y otras autoras sobre cómo está estructurada la organización en la que ejercen las enfermeras y la influencia que esto tiene sobre los resultados en la mortalidad y el abandono profesional o la satisfacción de los pacientes (Aiken, Smith & Lake, 1994; Aiken, Sloane, Lake, Sochalski & Weber, 1999; Stumpf 2001; Mark, Salyer & Wan 2003). Estas evidencias nos enfrentan a la necesidad de un cambio de cultura a fin de mejorar el ambiente de trabajo con el objetivo no sólo de impartir cuidados de máxima calidad a los pacientes sino también de crear un ambiente propicio para la investigación y el trabajo responsable.

Desde esta perspectiva, bajo la denominación de Hospitales Magnéticos se ha planteado una organización con la que se intenta lograr un buen ambiente de trabajo, fidelizando la plantilla de enfermeras y estimulando la investigación (Sitzia 2002; Brown, Wickline, Ecoff & Glaser 2008; Kramer & Schmalenberg 2008a). La acreditación de “hospital magnético” se inició en EEUU y tiene hoy en día gran reconocimiento y relevancia como centros con la máxima calidad en cuidados de enfermería. Los hospitales magnéticos están relacionados tanto con el entorno profesional de la práctica clínica enfermera, como con la satisfacción de usuarios y enfermeras (Havens & Aiken 1999). Sin embargo, lo más importante, es que se atribuyen los buenos resultados no sólo a la ratio de personal o las habilidades de las enfermeras, sino también a una influencia significativa de la organización (Aiken et al., 1994). En los Hospitales Magnéticos se trabaja con una estructura de gestión plana y accesible donde la toma de decisiones está descentralizada y se ha empoderado a los profesionales que están en primera línea con este fin. Este modelo de gestión ha demostrado que consigue minimizar los efectos negativos de las organizaciones hospitalarias complejas disminuyendo el abandono y la rotación del personal de enfermería y consiguiendo resultados en salud excelentes (McHugh et al., 2013). Las organizaciones son denominadas con la categoría de “magnéticas” por el Centro de Acreditación de Enfermería Americana (*American Nurses Credential Center*; ANCC) (Aiken, Havens & Sloane, 2000) después de completar con éxito un proceso de revisión por pares para asegurar que se cumplen los estándares de excelencia

establecidos por la Asociación de Enfermeras Americanas (*American Nurses Association*, ANA). Precisamente entre esos estándares se encuentran acciones que faciliten y provoquen una transferencia de conocimiento real desde la teoría a la práctica, de forma que las organizaciones se constituyen en gestoras del conocimiento y en facilitadoras de una PBE. (IOM, 2011; Lundmark & Hickey 2006; Lundmark 2008).

Straus et al. (2009) define la transferencia del conocimiento como *“el intercambio, síntesis y aplicación éticamente racional de conocimiento dentro de un sistema complejo de interacciones entre investigadores y usuarios, para acelerar la captura de los beneficios de la investigación para una mejor salud, a través de servicios más eficaces, fortaleciendo el sistema de salud”*. Por tanto, la transferencia del conocimiento es una pieza clave en el proceso de toma de decisiones dentro del movimiento interdisciplinar para una PBE (Graham et al., 2006).

Hunt en 1996 afirmaba que *“muchas enfermeras desconocen los resultados de investigación, otras no los creen y a muchas no les está permitido hacer uso de ellos”*. En esta aseveración, Hunt apuntaba ya hacia los principales escollos a los que aluden las enfermeras al hablar de sus problemas para utilizar la EBE, tales como falta de conocimientos, incredulidad o falta de autonomía (Brown, Wickline, Ecoff & Glaser 2009; Berland, Gundersen & Bentsen 2012). Son numerosos los estudios que confirman que, en muchas ocasiones, las creencias y tradiciones pesan más que la investigación en las decisiones clínicas, ilustrando así la dificultad que entraña realizar cambios en los modelos de práctica profesional, en aquellas instituciones en las que este modo de pensamiento colectivo está ampliamente legitimado, convirtiéndose en una barrera difícil de superar (Retsas 2000, Estabrooks, Winther & Derksen 2004; McCaughan, Thompson, Cullum, Sheldon & Raynor 2005; Makic, VonRueden, Rauen & Chadwick, 2011).

Estos hechos constituyen un reto para la enfermería actual ya que, como veremos, siguen siendo vigentes y por tanto deberían llevarnos a investigar cómo dichas afirmaciones impiden o dificultan la transferencia del conocimiento a la práctica clínica. El cómo conseguir que los resultados de investigación enfermeros sean incorporados sistemáticamente a los servicios de salud no resulta fácil de contes-

tar, pero pensamos que una de las claves se halla en los propios resultados de investigación. El crecimiento y desarrollo conceptual enfermero es innegable y en el último cuarto de siglo puede decirse que ha avanzado más que en todo el siglo XX (Morales-Asencio, 2008; Hernández-Yañez, 2010).

La enfermería no está siendo ajena a la gran avalancha que produce la combinación del aumento en la capacidad productiva del conocimiento enfermero y el aumento de los mecanismos de difusión del mismo. Ahora bien, esta ciencia generada ¿pasa al terreno de las políticas de salud o a la práctica clínica de las enfermeras? Según West, el que los hallazgos que genera la ciencia de los cuidados, sean asumidos por las organizaciones sanitarias va a depender de varios factores, tales como la pertinencia y actualidad de los problemas a los que responde, la fundamentación que pueden aportar a las políticas de salud, la coherencia y el contingente de nuevos enfoques ofertados por los resultados de investigación, así como la efectividad contrastada de los mismos. (West & Scott, 2000). Los resultados populistas a corto plazo, la expoliación económica de la cosa pública por los políticos, banca y multinacionales y el mantenimiento de los trabajadores sanitarios y de la sociedad en general en una ignorancia útil para sus fines de autoperpetuación y explotación de lo ajeno, por supuesto no "tienen nada que ver para que las Organizaciones Sanitarias" no asuman unos servicios con una evidencia pública y contrastada.

Hoy en día, nadie discute que cualquier fragmento de la realidad es irreducible al saber de una sola disciplina. Por tanto, para introducir la complejidad de la persona y la interdisciplinariedad como forma de actuación para la resolución de sus problemas, debe reclamarse una mirada del paciente o cliente, que vaya más allá de la mera patología que presenta. La Enfermería como disciplina, tiene la obligación de situar al hombre y a su circunstancia como centro de su actuación, ayudándole a alcanzar un máximo desarrollo de su autonomía, pero todo ello, fundamentado en una evidencia que le otorgue el sentido y solidez imprescindibles para una buena práctica profesional.

La enfermera, implícita o explícitamente, tiene una creencia de cuál es su contribución al grupo y a la organización, siendo ésta la que guía sus pautas de comportamiento profesional y de prestación de cuidados. Brennan et al. (1998) identificaron

una serie de características que conceptualizan los modelos de práctica profesional, entre los que figuran la continuidad de cuidados, la participación en la toma de decisiones, la colaboración entre miembros del equipo asistencial, el liderazgo, el entorno de aprendizaje, la comunicación y los recursos humanos, entre otros. Dichos Modelos de Práctica Enfermera (MPE) constituyen representaciones multidimensionales de la estructura y contexto que se dan en el ejercicio de la práctica clínica de cualquier grupo de enfermeras con el fin de alcanzar objetivos asistenciales (Brennan & Anthony, 2000).

Durante los últimos años, han sido llevadas a cabo múltiples intervenciones que, mediante diferentes estrategias, han tratado de incorporar los resultados de la investigación a la práctica clínica. No obstante, la mayoría han demostrado unas mejoras moderadas, si bien, dependiendo de las intervenciones aplicadas, se pueden observar considerables variaciones entre sí (Bero, Grilli, Grimshaw, Harvey, Oxman & Thomson, 1998; Grimshaw et al., 2004; Shojania & Grimshaw, 2005).

Han sido muchos los intentos para solucionar las convulsiones de las disciplinas que conforman el espacio disciplinar de la salud, provocadas por la utilización de los resultados de la investigación de forma cuestionable, tanto en lo que respecta al propio diseño de la investigación, como a la valoración imprecisa de los resultados, o a las propias estrategias de transferencia del conocimiento. Esto, no ha hecho más que articular una respuesta de la ciencia en general y de las disciplinas del entorno de la salud en particular, para resolver cómo satisfacer desde ese nuevo escenario que ha generado el masivo acceso a la producción científica, la transferencia de esa misma producción al terreno u objeto para el que fue generada.

Aunque no existe en la literatura publicada un acuerdo unánime acerca de si la estrategia ideal debe contemplar la satisfacción de las necesidades o demandas individuales de los interesados, encontramos estudios que ofrecen datos acerca de la importancia de adaptar los marcos teóricos a las características organizacionales (Eccles, Grimshaw, Walker, Johnston & Pitts 2005). Algunos autores, reconocen la necesidad de plantear la posible utilidad de las teorías en el campo de la translación de conocimientos, pero recomiendan no utilizarlas hasta que no haya la sufi-

ciente evidencia que demuestre que las teorías intervienen en el aumento de calidad de las intervenciones (Bhattacharyya, Reeves, Garfinkel, & Zwarenstein, 2006).

Para lograr la mejora de la transferencia de los resultados de la investigación, Oxman et al. (2005) abogan por utilizar caminos más pragmáticos dejando a un lado los dogmatismos e introduciendo más sentido común y la medición directa de la importancia de los resultados. Sin embargo, estas posiciones pasan por alto que la aparición del movimiento para la transferencia del conocimiento arranca del problema que está generando el fácil acceso a la información y la constatación de la escasa aplicación del conocimiento, es decir, de resultados de investigación, con independencia de su nivel de evidencia o importancia para la práctica clínica. Esto da lugar a los consiguientes problemas de variabilidad en el ámbito de los cuidados y/o la atención de enfermería (Morales-Asencio 2008, Aranaz-Andres et al. 2009, Rodríguez, Agra, Colomer, & Ignacio 2009). Oxman, mantiene la duda exhortando a que se trabaje por demostrar la utilidad del desarrollo y utilización de marcos teóricos en la transferencia del conocimiento, planteándolo en los siguientes términos: *"Vamos a ver lo que cada uno de estos dos enfoques -teórico y pragmático- ha logrado en el año 2020"* (Bhattacharyya et al., 2006; Rycroft-Malone, 2007).

Estos planteamientos en los que están inmersas las disciplinas que trabajan en el entorno de la salud, nos recuerdan el diseño que hacía Kuhn (1971) de ciencia normal, donde planteó que ésta tiene como tarea, la solución de situaciones científicas desde un nuevo paradigma compartido por los integrantes de una comunidad científica. Según Kuhn las ciencias no progresan de manera uniforme por la aplicación de un supuesto método científico sino que cambian y se verifican, en una sucesión de fases diferentes de desarrollo científico. En un primer momento, existe un amplio consenso en la comunidad científica sobre cómo explotar los avances conseguidos ante los problemas existentes, creándose así soluciones universales que Kuhn llama "paradigmas". En un segundo momento, se buscan nuevas teorías y herramientas de investigación conforme las anteriores dejan de funcionar con eficacia. Si se demuestra que una teoría es superior a las existentes, entonces es aceptada y se produce tras un periodo de "crisis" una "revolución científica". Tales rupturas revolucionarias traen consigo un cambio de conceptos científicos, problemas, soluciones y métodos, es decir nuevos "paradigmas".

Aunque estos cambios en los paradigmas que rigen el comportamiento científico nunca son totales, hacen que se interrumpa lo que entenderíamos como el continuo del desarrollo científico. Toda ciencia se perfila a lo largo del tiempo mediante las aportaciones de la comunidad científica, que contribuye no sólo con nuevos conocimientos acumulativos, sino también los que propician nuevos cambios de perspectiva con la consiguiente creación de nuevos paradigmas que abren nuevos horizontes a la ciencia, concebida, por tanto, como algo abierto y en constante evolución. Así, es fácil entender la preocupación existente en el ámbito de la asistencia sanitaria por la evolución de una ciencia que no consigue resolver la fase de implantación de este nuevo paradigma. Realmente cuesta entender si estamos transitando por ese espacio de aceptación del paradigma para entrar en la fase de ciencia normal o estamos en la fase que él llama de “aparición de anomalías” para entrar en la fase de revolución científica. Al parecer, el esquema que planteó Khun de cómo circula la ciencia en su constante evolución, es aplicable al momento en que vivimos en el mundo de la salud.

Tal como plantean Davis y Taylor-Vasisey (1997), la difusión, la diseminación y la implementación son los elementos básicos en el proceso de adopción de nuevas prácticas. Estos autores entienden la difusión como la distribución natural del conocimiento sin ayuda de la información. La diseminación se considera como la comunicación de la información a una audiencia determinada buscando determinados objetivos. Finalmente, la implementación es entendida como la integración de la información activa y sistemática, identificando las barreras del cambio y utilizando herramientas y programas que incrementen la efectividad y la adopción para introducir los cambios propuestos en la práctica clínica.

Si pudiésemos adoptar aquellos cambios que considerásemos más adecuados desde nuestro punto de vista, sería relativamente sencillo, pero nos hallamos envueltos en organizaciones y sistemas complejos que hacen que para que estos elementos se desarrollen, se tengan que tener en cuenta circunstancias, tales como: *¿Qué evidencia o información debe diseminarse?; ¿Qué necesitan aprender los profesionales sobre esta nueva evidencia?; ¿Facilita la comunicación y la implementación de la nueva evidencia la estructura de la organización?; ¿Las circunstancias de los pacientes son las adecuadas para la recepción de la nueva evidencia?*

Descuidar la consideración de alguno de estos elementos podrá hacer que la incorporación de los nuevos conocimientos a la práctica carezca de alguno de los componentes que deben sustentar los cambios, comprometiendo por tanto, su efectividad y su eficacia. Si introducimos estos cambios en la práctica profesional, muchos de nuestros pacientes recibirán cuidados basados en nuevas evidencias, pero si las mismas carecen del necesario control que todo modelo debe ejercer sobre una determinada práctica profesional, los resultados estarán lejos de la evaluación que toda organización debe realizar sobre sus resultados (SEDAP 2010; Seers et al., 2012).

Hoy en día existe toda una corriente de pensamiento avalada por distintos trabajos que defienden que las dificultades para llevar a cabo una PBE son múltiples y complejas desde los entornos y contextos más concretos a los profesionales que desarrollan su actividad en ellos. Podemos afirmar que son múltiples y diversas las dificultades que sobrepasan el control de los profesionales a título individual (Grimshaw et al., 2004) y que, en la resolución de la transferencia del conocimiento científico a la práctica diaria, debe implicarse a los profesionales en el proceso de creación y transferencia del conocimiento (Cummings, Estabrooks, Wallin & Hayduk 2007). Son múltiples los factores que pueden influir en esta transferencia tales como los incentivos, el acceso a recursos, la cultura y el clima organizacional, los procesos de aprendizaje y evaluación, el estilo de liderazgo, la rotación de personal, la estructura de la toma de decisiones, la autonomía profesional etc. (McCormack et al., 2002; Dijkstra et al., 2006; Meijers et al., 2006; Yano 2008; Bostrom, Kajermo, Nordstrom & Wallin 2009a).

2.1.2. Modelos y teorías de implementación de PBE

Si analizamos la bibliografía encontraremos un amplio abanico de teorías, modelos y marcos que se han utilizado para facilitar la transferencia de conocimientos científicos a la práctica enfermera. Las cuatro estrategias que mayor relevancia tienen en la literatura revisada son:

- 1.- *The Promoting Action on Research Implementation in Health Services (PARIHS) Framework* (Kitson, Harvey, & McCormack, 1998; Kitson et al., 2008; Malone et

al. 2002; Ricroft, 2004)

2.- *The Ottawa Model for Research Use (OMRU)* (Graham & Logan, 2004; Logan & Graham, 1998)

3.- *Diffusion Theory and the Spread of Ideas* (Greenhalgh, Robert, Macfarlane, Bate, & Kyriakidou, 2004; Rogers, 1995)

4.- *The Quality Enhancement Research Initiative (QUERI)* (Stetler, McQueen, Demakis, & Mittman, 2008; Yano, 2008)

A continuación se explican someramente cada uno de estos marcos de implementación.

2.1.2.1. *The Promoting Action on Research Implementation in Health Services (PARIHS) Framework* (Kitson et al., 1998; McCormack et al., 2002; Rycroft-Malone et al., 2002; Rycroft-Malone 2004; Kitson et al., 2008).

El marco para la promoción de las acciones e implementación de la investigación en los servicios de salud (modelo PARIHS) fue propuesto originalmente por Kitson en 1998. Consta de tres elementos:

- 1.- La naturaleza de la evidencia usada.
- 2.- La calidad del contexto para hacer frente al cambio.
- 3.- El tipo de facilitación necesaria para asegurar el cambio con éxito.

Dicho marco fue desarrollado a partir de la experiencia adquirida en la investigación y el desarrollo de la práctica, considerando que el efecto que se desea obtener es producto del efecto simultáneo de las dimensiones o elementos propuestos. En 1998 Kitson demostró que la aplicación más exitosa de la investigación se producía cuando:

- 1.- La evidencia es alta: la evidencia es científicamente sólida y coincide con el consenso profesional y las necesidades del paciente.

- 2.- El contexto es alto: la cultura del contexto es receptiva a los cambios, el liderazgo es fuerte y existe un adecuado seguimiento y sistemas de retroalimentación.
- 3.- La facilitación es alta: cuando hay facilitación apropiada para el cambio con el aporte de cualificados facilitadores externos e internos.

Los tres elementos que conforman el modelo PARIHS, la evidencia, el contexto y la facilitación, incluyen una serie de subelementos que fueron revisados en 2002 por diversos investigadores (Harvey et al., 2002; McCormack et al., 2002; Rycroft-Malone et al., 2002). Estos autores ultimaron el análisis mediante la revisión crítica de la literatura para desarrollar el elemento evidencia dependiente de tres subelementos: la investigación, la experiencia clínica, la experiencia del paciente; el elemento contexto con tres sub-elementos: liderazgo, la cultura y la evaluación; y el elemento facilitación incluyendo un tránsito entre el propósito y el rol de facilitación con las habilidades y los atributos del facilitador. Son numerosos los estudios que respaldan la utilidad del modelo PARIHS en la implementación de una PBE a todos los niveles (Helfrich et al., 2010; Squires et al., 2011; Stetler, Damschroder, Helfrich, & Hagedorn, 2011; Bergstrom, Peterson, Namusoko, Waiswa & Wallin 2012; Doran et al., 2012; Gibb, 2013; Rycroft-Malone et al., 2013).

2.1.2.2. *The Ottawa Model for Research Use (OMRU)* (Logan & Graham, 1998; Graham & Logan, 2004).

El Modelo de Uso de la Investigación de Ottawa (OMRU) fue desarrollado por Logan y Graham (1998) para ser utilizado por los responsables políticos con la finalidad de aumentar el uso de la investigación en salud por parte de los profesionales y los investigadores interesados en estudiar el proceso por el cual se integra la investigación a la práctica clínica. Cuenta con seis elementos primarios y confiere una especial atención a la evaluación continua, la monitorización y la evaluación. El marco está organizado en tres procesos de investigación:

- 1.- La evaluación de las barreras y apoyos incluyendo la innovación basada en la evidencia (desarrollo de proceso y las propiedades de la innovación); las enfermeras en sí (la conciencia, las actitudes, conocimientos y habilidades, las preocupaciones y la práctica actual), y el ambiente de la práctica o contexto

(pacientes, eventos culturales, sociales, estructurales, económicos, eventos no controlados).

2.- Supervisar la intervención y el grado de utilización

3.- Evaluar los resultados para determinar si la innovación está produciendo el efecto deseado.

La evaluación de las barreras y apoyos supone la innovación basada en la evidencia (desarrollo de proceso y las propiedades de la innovación); los posibles adoptantes (la conciencia, las actitudes, conocimientos y habilidades, las preocupaciones y la práctica actual), y ambiente de la práctica o contexto (pacientes, eventos culturales, sociales, estructurales, económicos, eventos no controlados). El plan de aplicación se selecciona y adapta para superar las barreras identificadas. Por último, los resultados de la intervención son evaluados para determinar si la innovación está produciendo el efecto deseado. La retroalimentación sobre cada uno de sus elementos significa una supervisión permanente de las barreras y apoya todo el proceso de aplicación. El modelo ha sido experimentado y utilizado en diversas áreas clínicas, como la de cuidados intensivos neonatales (Hogan & Logan 2004) en un hospital de tercer nivel (Graham & Logan 2004) en el cuidado específico de úlceras (Logan, Harrison, Graham, Dunn & Bissonnette 1999) y en centros de llamada enfermera (Stacey, Pomey, O'Connor, & Graham, 2006).

Este modelo evolucionó al marco aprobado por los institutos canadienses de investigación en salud *The Knowledge to Action Process Framework* (KTA), y fue descrito por Graham et al. (2006).

Este proceso queda envuelto en un ciclo de acción para la implementación y aplicación del conocimiento que incluye la identificación del problema, la revisión y selección del conocimiento, la adaptación al contexto, la evaluación de las barreras para la utilización del conocimiento, la selección y adaptación de las intervenciones, el seguimiento de su utilización y la evaluación de la utilización sostenida del conocimiento.

2.1.2.3. *Diffusion Theory and the Spread of Ideas* (Rogers Everett, 1995; Greenhalgh et al., 2004).

Aunque la teoría de Rogers (1995) sobre la difusión de innovaciones fue utilizada por diversos autores (Estabrooks, Thompson, Lovely & Hofmeyer 2006), fue Greenhalgh y colaboradores (Orr, 2003; Greenhalgh et al., 2004) en sus investigaciones sobre transferencia de conocimientos que, tras el estudio de investigaciones a las que aplicaron la teoría de la difusión, identificaron 13 áreas de investigación que habían proporcionado pruebas evidentes de difusión de las innovaciones en las organizaciones sanitarias. A través de la síntesis de los resultados teóricos y empíricos, propusieron un modelo conceptual para la difusión y la propagación de las ideas que contempla elementos tales como la innovación, la adopción por los individuos, la asimilación por el sistema, la difusión y la divulgación, el sistema de antecedentes y de preparación para la innovación, el establecimiento de redes entre organizaciones y la colaboración, aplicación y sistematización de los conocimientos.

Esta lista no es, según los autores del modelo, una lista exhaustiva de los determinantes de la innovación organizacional y su asimilación exitosa. Sólo recalcan que son aquellas áreas donde se han publicado los resultados de la investigación realizada, remarcando que el modelo no debe ser contemplado como una fórmula de aplicación obligatoria, sino que fue construido como una ayuda a su trabajo.

2.1.2.4. *The Quality Enhancement Research Initiative (QUERI)* (Stetler et al., 2008; Yano, 2008).

La iniciativa para la mejora de la calidad de la investigación (QUERI) es un modelo de actuación destinado a diseñar el cambio. Fue conceptualizado por el *US Veteran's Affairs Healthcare System*. Este modelo divide el proceso en 6 pasos lógicos y manejables que orientan el proceso de desarrollo e implementación (Graham & Tetroe, 2009; Stetler et al., 2008).

Paso 1. Selección de las poblaciones de pacientes asociados con alto riesgo de enfermedad y/o discapacidad y/o carga de la enfermedad.

Paso 2. Identificación de las directrices basadas en la evidencia, las recomendaciones y las mejores prácticas.

Paso 3. Medición de la calidad y el rendimiento diagnóstico de las deficiencias

Paso 4. Implementación de programas de mejora.

Paso 5. Evaluación de la mejora del programa de viabilidad, implementación y los impactos sobre el paciente, la familia y los procesos del sistema de salud y los resultados.

Paso 6. Evaluación de la repercusión de la mejora del programa sobre la calidad de vida relacionada con la salud.

Son interesantes las aportaciones de Graham, Stetler, Yano y colaboradores (I. D. Graham & Tetroe, 2009; Stetler, McQueen, Demakis, & Mittman, 2008; Yano, 2008) encaminadas a presentar el proceso de cambio organizacional bajo la implantación del modelo QUERI planteando la necesaria alianza de responsables políticos, clínicos e investigadores y las aportaciones de Atkins (2009) priorizando los retos para que el modelo madurase con éxito y poder influir en los cambios dentro del sistema sanitario.

Como podemos deducir de lo anteriormente expuesto, no se han podido encontrar recetas mágicas que garanticen una calidad en la asistencia óptima, pero sí una extensa gama de actuaciones que mejoran los resultados (Oxman, Thomson, Davis & Haynes, 1995; Oxman et al., 2005; Shojania & Grimshaw 2005), y que están encaminadas básicamente a comprender no sólo las dificultades propias o las barreras individuales para el uso de la investigación (Cummings, Mallidou & Scott-Findlay, 2004), sino también los factores atribuibles a las organizaciones o factores contextuales (Shojania & Grimshaw, 2005).

Hoy podríamos argumentar que existe una corriente de pensamiento avalada por distintos trabajos, que defiende que las dificultades para llevar a cabo una PBE son múltiples y complejas, desde los entornos organizacionales a los contextos más concretos en los que los profesionales desarrollan su actividad. Diversos estudios avalan la creencia de que son múltiples y diversas las dificultades que sobrepasan

el control de los profesionales a título individual señalando la necesidad de actuar simultáneamente en varios niveles: los profesionales, los equipos, las organizaciones y los sistemas de salud (Ferlie & Shortell, 2001; Grimshaw et al., 2004; Squires et al., 2007; Melnyk et al., 2009; Strout, Lancaster, & Schultz, 2009; Ubbink, Guyatt, & Vermeulen, 2013).

2.1.3. Instrumentos para medir implantación de EBE

Así pues, para abordar una respuesta a la pregunta que nos hemos planteado acerca de los factores que modulan la implementación de la evidencia a la práctica clínica, se nos plantea el problema de cómo resolver la transferencia de las pruebas o los resultados de la investigación a dicha práctica. En este sentido, tenemos el convencimiento de que los profesionales deben implicarse en el proceso de creación y transferencia del conocimiento (Cummings et al., 2007), a la vez que deben ser considerados los múltiples factores que pueden influir en esta transferencia, tales como los incentivos, el acceso a recursos, la cultura y el clima organizacional, los procesos de aprendizaje y evaluación, el estilo de liderazgo, la rotación de personal, la estructura de la toma de decisiones, la autonomía profesional, etc. (McCormack et al., 2002; Dijkstra et al., 2006; Meijers et al., 2006; Yano, 2008; Bostrom, Ehrenberg, Gustavsson, & Wallin, 2009).

Obviamente, esto nos sitúa ante la necesidad de utilizar instrumentos con capacidad demostrada para diagnosticar aquellos elementos que intervienen en la transferencia de conocimientos en los diferentes entornos de práctica enfermera. Uno de los primeros y más utilizados, el Nursing Work Index (NWI), fue diseñado originalmente por Kramer y Hafner (1989) para evaluar factores relativos a la satisfacción de las enfermeras con su trabajo, la calidad de los cuidados prestados y las características organizacionales de los hospitales magnéticos. Esta primera versión, algo difícil de utilizar ya que constaba de 65 ítems, ha sido revisada posteriormente por otros autores, buscando una versión más simple y con mayor sustento empírico.

El NWI ha tenido varias evoluciones aunque las versiones más difundidas han sido el Nursing Work Index-Revised (NWI-R) de Aiken configurado inicialmente en 57

ítems y tres subescalas (Aiken et al. 2000), la Escala de Entorno de Práctica del NWI (PES-NWI) de Lake con 31 ítems y 5 subescalas (Lake 2002) y la escala The Practice Environment Index (PEI-NWI) elaborada en una única escala o factor de 26 ítems (Estabrooks et al., 2002). La utilización de estas versiones no está definitivamente resuelta y diferentes estudios ayudan a establecer la idoneidad y capacidad diagnóstica de una u otra, en función de las características de la muestra y de las subescalas utilizadas.

La versión original del NWI se representaba mediante un total de 5 factores reflejados también en los 31 ítems del PES-NWI: I) “Participación de la enfermera en asuntos del centro” (ítems 1 al 9); II) “Fundamento enfermero de la calidad de los cuidados” (ítems del 10 al 19); III) “Capacidad, liderazgo y apoyo a las enfermeras por parte de los gestores enfermeros” (ítems del 20 al 24); IV) “Dimensión de la plantilla y adecuación de los recursos humanos”(ítems del 25 al 28); y V) “Relaciones entre médicos y enfermeras” (ítems 29 al 31).

La misma Kramer, diseñadora de la versión inicial del NWI, ha continuado ahondando en esta cuestión presentando en 2004 un trabajo, publicado en cuatro partes, en torno a una nueva herramienta, la *Essentials of Magnetism Tool* (EOM) (Kramer & Schmalenberg 2004a, 2004b; Kramer, Schmalenberg & Maguire 2004a, 2004b), con el fin de obtener un nuevo instrumento que contemplara la definición actual de aquellos elementos que permiten desarrollar un trabajo de calidad. Kramer sigue trabajando sobre la definición de autonomía, desde el convencimiento de que es el elemento clave de los cuidados de calidad, y mediante un estudio con más de 20.000 enfermeras entrevistadas, elabora la definición de autonomía a través de los elementos de la *Clinical Autonomy subscale of the Essentials of Magnetism (EOM)* (Subescala de la Autonomía Clínica de las Bases del Magnetismo) (Kramer & Schmalenberg 2008).

El NWI-R ha sido utilizado en estudios orientados fundamentalmente a medir la autonomía de las enfermeras, el control de éstas sobre su entorno de práctica, la calidad de las relaciones de las enfermeras con los médicos y el apoyo organizativo. La crítica más severa que se hace a esta versión, es que casi siempre es utilizado para extraer parte de sus 57 ítems, no habiéndose confirmado estadísticamente su

estructura factorial (Slater & McCormack 2007; Slater, O'Halloran, Connolly, & McCormack, 2009). Slater et al. (2009) establecen, que de la revisión de la literatura sobre los estudios realizados con el NWI-R, se concluye que se debe ir hacia una estructura que contemple un modelo de cuatro factores: apoyo de la organización, control sobre la práctica, autonomía y relación médico-enfermera. Estos resultados han sido corroborados por un estudio de Li et al (2007) en el que compara las versiones NWI-R, PES-NWI y PEI-NWI confirmando que pese a la existencia de un factor de orden superior, demostrado por Lake (2002) como es la “relación entre la satisfacción en el trabajo y la calidad de los cuidados prestados”, el PES-NWI mantiene un buen modelo de ajuste para sus cinco factores. Sin embargo, sugiere que con una versión reducida del NWI-R se pueden captar las características clave que miden los entornos de práctica clínica.

Así, la versión final de Lake (PES-NWI) parece que ha demostrado solidez metodológica, siendo la versión que ha ofrecido un mejor ajuste al modelo propuesto hasta el momento, tanto desde el punto de vista de la validez de constructo, como del principio de parsimonia. McCusker (2004) confirmó las cinco subescalas o factores identificados por Lake (2002), habiéndose utilizado en posteriores estudios para diferentes entornos y contextos clínicos (McCusker, Dendukuri, Cardinal, Laplante & Bambonye, 2004; Manojlovich, 2005; Hanrahan, 2007; Liou & Cheng, 2009; Moorer, Meterko, Alt-White & Sullivan, 2010).

En nuestro país el NWI ha sido utilizado ya en varios estudios con distintas versiones no validadas al contexto español (Havens, Labov, Faura, & Aiken 2002, García-Palacios, N., García-Palacios, R., Vila-Pérez, Torres-Ramírez & Moreno-Álvarez, 2004, Juvé-Udina et al., 2007) y se dispone de un estudio piloto de validación del PES-NWI llevado a cabo en el hospital de San Cecilio por López-Alonso (2005).

Sin embargo, como ya hemos comentado anteriormente, en el proceso de generación e implantación de evidencia no sólo influye el entorno de trabajo sino también las actitudes, valores y conocimientos individuales, por lo que se hace necesaria la utilización de instrumentos capaces de dimensionar estos parámetros. Los instrumentos destinados a evaluar el ámbito de la competencia profesional para la PBE, han sido más escasos (Fritsche, Greenhalgh, Falck-Ytter, Neumayer & Kunz 2002,

Ramos, Schafer et al., 2003) y pocos de ellos han sido sometidos a procesos de validación adecuados (Shaneyfelt et al., 2006). Upton y Upton (2006) publicaron la validación del *Evidence-Based Practice Questionnaire* (EBPQ) entre el colectivo de profesionales de enfermería en el Reino Unido, con ítems adaptables al contexto español. El EBPQ tiene 24 ítems organizados en tres subescalas para recoger la opinión de las enfermeras en tres áreas relacionadas con la práctica, como son el conocimiento, la utilización y las actitudes hacia la Enfermería Basada en la Evidencia. Recientemente Upton et al (2014) han publicado una revisión acerca de la utilización del EBPQ en la investigación de la transferibilidad de la investigación a la práctica clínica. Según esta revisión el EBPQ se ha traducido y validado en cinco idiomas y existen veintisiete publicaciones en los que se ha utilizado el cuestionario EBPQ en ámbitos enfermeros diversos (Upton, Upton, & Scurlock-Evans, 2014).

Tanto el EBPQ como el PES-NWI han sido sometidos a un proceso de validación a nuestro contexto español. De Pedro et al. (2009) publicaron un estudio en el que se validaba el EBPQ entre 289 enfermeras de AP y hospital de Andalucía y Murcia. Posteriormente, en un estudio cuantitativo realizado entre las 3129 enfermeras de hospitales y Atención Primaria de Baleares que precedió al que se expone en la presente tesis, se validaron el EBPQ y el PES-NWI para el contexto español (De Pedro et al., 2011).

Por otro lado Ruzafa-Martínez et al (2011a) realizaron un estudio a fin de validar el cuestionario *Evidence-Based Nursing Attitude Questionnaire* (EBNAQ) que mide las actitudes hacia la PBE, pasando el cuestionario a 219 enfermeras de AP españolas. Recientemente se ha publicado otra validación del PES-NWI para el contexto hospitalario español realizada en 33 hospitales de más de 150 camas (Fuentelsaz et al., 2013) publicándose después un estudio que utiliza este cuestionario para medir la satisfacción y el *burnout* entre enfermeras de UCI y de planta hospitalaria (Fuentelsaz, Moreno, Gómez & González, 2013a).

Han existido otros instrumentos que también han explorado las barreras para la utilización de los resultados de la investigación percibidas por los profesionales de enfermería como la *The Barriers to Research Utilization Scale* (BARRIERS) desarrollada por Funk et al. (1991). A pesar de ser un instrumento ampliamente utilizado

(Retsas, 2000; Moreno-Casbas, Fuentelsaz-Gallego, González-María & Gil-de-Miguel, 2010), importantes estudios (Bostrom, Kajermo, Nordstrom & Wallin 2008; Carlson & Plonczynski, 2008) indican que, aunque parece ser útil en la identificación de algunos tipos de barreras para la utilización de la investigación, los factores que delimita son de carácter muy general, lo que dificulta el posterior diseño de intervenciones específicas.

2.2. La EBE en Atención Primaria

2.2.1. El contexto de Atención Primaria

Siguiendo las ideas del filósofo norteamericano TS Khun (Kuhn 1971, Kuhn 2012) podemos afirmar que en AP, la década de los ochenta fue dominada científicamente por el mensaje de Alma-Ata (OMS 1979), mensaje calificado por algunos autores de utópico (Calvo & Domínguez 2002). Es conocido por todos el lema que resume la Declaración de Alma-Ata: *Salud para todos en el año 2000*. En septiembre de 1978, delegados de los 134 estados que entonces componían la OMS se reunieron en la ciudad soviética de Alma-Ata (hoy Almaty, Kazajstán) para celebrar la I Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Los compromisos que adoptaron todos los países miembros: desarrollo de políticas nacionales, estrategias y planes de acción dirigidos a lanzar y sostener la AP como parte fundamental de los sistemas nacionales de salud, se consideraron en su momento poco menos que revolucionarios y marcaron un antes y un después en el concepto de la AP a nivel mundial. Los principios refrendados en su Declaración final acerca de la equidad, justicia social y salud para todos; participación de la comunidad; promoción de la salud; y uso apropiado de los recursos, eran los medios para alcanzar el objetivo final de la universalización de la Salud en el año 2000.

Transcurridos más de 35 años, la no consecución del objetivo, en opinión de los expertos, no invalida el modelo de sanidad propuesto en Alma-Ata. Por el contrario, Margaret Chan, directora general de la OMS, en 2008, afirmó que “para volver al buen camino y para lograr alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en 2015, relacionados con la salud –mucho más concretos que el consabido “salud para todos” establecido en 1978–, los países deben reforzar sus sistemas sanitarios a través de la implementación de una AP efectiva” (WHO, 2008). Y es que, si bien se presentó como la revolución de la AP, el concepto de Alma-Ata fue mucho más amplio, una filosofía integral para el desarrollo, un cambio por el que se veía la salud no sólo como el resultado de intervenciones biomédicas, sino también como la consecuencia de los determinantes sociales (Chan, 2008). Y esta filosofía sigue siendo válida hoy en día. En 2013, la OMS publicó el “Informe sobre la

salud en el mundo 2013: investigaciones para una cobertura sanitaria universal” que aborda cuestiones relativas a la prevención y el tratamiento, a las modalidades de pago de los servicios por los usuarios y los gobiernos, a sus repercusiones en la salud de la población y de los individuos, y a la manera de mejorar las condiciones de salud mediante intervenciones realizadas tanto en el propio sector sanitario como fuera de él. Aunque el centro de atención de la cobertura sanitaria universal son las intervenciones cuyo objetivo inmediato consiste en mejorar la salud, tiene en cuenta intervenciones en otros sectores como la agricultura, educación, finanzas, industria, vivienda y otros que pueden proporcionar considerables beneficios sanitarios (OMS, 2013).

Con los años, la necesidad de una gestión razonable del presupuesto sanitario, incluso en los países más ricos, así como la amplia variabilidad en el desempeño del ejercicio clínico, facilitaron el reconocimiento del paradigma de la MBE. Si aceptamos que, a pesar de poder ser susceptibles de críticas filosóficas, la MBE y la EBE pueden ayudar a mejorar el presupuesto sanitario, de la misma manera también pueden conducir a la restauración del ideal utópico propuesto en Alma-Ata, al poder asignar el dinero ahorrado a la mejora de la eficiencia, a otro nivel del sistema. El pensamiento utópico es útil para la mejora de la sociedad siempre que se desarrolle de forma adecuada. Si el mundo fuera perfecto no habría espacio para las utopías, pues su espíritu revolucionario no tendría sentido. Los defensores del pensamiento y de la actitud utópica indican que la utopía es una expresión de la esperanza (Calvo & Domínguez 2002). Estamos de acuerdo en defender la utopía en AP como una forma de huir de lo monótono, evitar el síndrome de *burnout* y revalorizar y afirmar a las enfermeras en su quehacer diario, así como principio y fin de todo el proceso, como motor y fin último, para poner al alcance de toda la población una salud de calidad.

2.2.2. Papel de la enfermera en el desarrollo de la AP en España.

La Ley de Reforma Sanitaria del año 1986 (Jefatura del Estado 1986), que estableció el desarrollo de la AP en España pretendía ofertar a los usuarios una atención sanitaria continuada e integral más centrada en la prevención y la promoción de la salud designando a la AP como el primer contacto de las personas con el sistema

sanitario y “la puerta de entrada” al mismo. La finalidad de esta reforma era conseguir mayores niveles de salud en la población, aumentar su satisfacción hacia el sistema sanitario y a la vez optimizar el gasto en salud con una mejor eficacia del sistema. Uno de los colectivos sanitarios, junto a los médicos, psicólogos y farmacéuticos, que se halla en situación de contribuir eficazmente en el desarrollo de estos programas es el de enfermería, ya que por su desarrollo profesional, educador, asistencial y modélico, se halla permanentemente en contacto con el usuario, tanto sano como enfermo, ya sea en AP o en AH.

En España, en las últimas décadas, la enfermería de AP y AH han seguido un desarrollo paralelo pero muy diferenciado debido a sus distintos ámbitos de trabajo y al objetivo de sus actuaciones. Si bien a finales de los 70 se hizo una discreta apuesta por la AP, ésta nunca ha logrado igualarse a la AH ni en recursos financieros generales ni en recursos de personal (Simó-Miñana 2007).

Es obvio que la enfermera de AP tiene unas características y funciones diferentes a las de la hospitalaria y por tanto, cualquier análisis de situación o intervención deberá tener en cuenta las peculiaridades de su trabajo. En España existen numerosos documentos publicados por distintas entidades profesionales y científicas que definen las competencias de las enfermeras de AP diferenciándolas de las de AH (Comunidad de Madrid, 2009; Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, 2010; GAPM, 2011). La culminación de esta diferenciación absolutamente necesaria ha sido el tan reclamado reconocimiento de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria (Jefatura del Estado, 2005) (Valero, 2009; Bennasar-Veny, 2010).

Aunque en España existe una legislación que define entre las competencias de las enfermeras la EpS y promoción de la salud (PdS), la docencia y la investigación (Jefatura del Estado 2003), por diferentes motivos, pocas veces son llevadas a cabo. Según el Código Deontológico de la Enfermería actualizado recientemente por el Consejo Internacional de Enfermería (CIE), *“la enfermera contribuirá activamente al desarrollo de un núcleo de conocimientos profesionales basados en la investigación que favorezca la práctica basada en pruebas”*.(CIE 2012). Además, según la Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS), las enfermeras de AP españolas tienen un campo autónomo de ejercicio profesional (Jefatura del Estado

2003). Esto requiere enfermeras que no sólo cuenten con el conocimiento de la investigación existente, sino también su utilización de forma que puedan acceder y evaluar la evidencia a fin de integrarla en su práctica diaria, y lo que es más importante, que participen en la generación de la misma (Winters & Echeverri 2012). Dejando aparte la investigación, de la que hablaremos ampliamente, diferentes estudios demuestran que las intervenciones previas en prevención y promoción de la salud resultan mucho más útiles y efectivas que la acción, una vez la enfermedad ya está patente y necesitan una menor inversión por parte del estado (Murphy, 2009; SEDAP, 2010). Los resultados de estas intervenciones se pueden obtener a largo plazo e incluso ser invisibles, ya que tienen como objetivo el no padecimiento de la posible enfermedad a la que se enfrentan los pacientes. Tal vez este podría ser un motivo por el cual los políticos, que desean resultados que ofrecer a sus votantes a corto plazo, no invierten en ello (Legido-Quigley et al., 2013; Moskowitz & Bodenheimer, 2011).

Por otro lado, como ya se ha señalado anteriormente, en los últimos años resulta evidente el cambio que se ha producido en la demanda de servicios y las expectativas de los ciudadanos. El envejecimiento poblacional, la cronicidad de procesos, el incremento de la discapacidad, la disminución de la red de apoyo informal y el aumento de la tecnología sanitaria disponible, generan nuevos problemas y hacen aflorar nuevas dimensiones de cuestiones tradicionales. Actualmente, casi el 50% de las estancias hospitalarias son de personas con más de 65 años, siendo los mayores usuarios de los servicios sanitarios y con unas características de dependencia y discapacidad superiores al resto de pacientes (Castells, Mercadé, & Riu, 2002; Ferrer-Arnedo, 2009).

Por otra parte, las estancias hospitalarias cada vez son más cortas, lo que implica un mayor número de altas y una disminución del número de camas hospitalarias por habitante ya que es más costoso el ingreso hospitalario que dar de alta al paciente derivándolo a los servicios de AP para cuidados ambulatorios. Como consecuencia de todo ello, la necesidad de cuidados se está disparando a un ritmo que supera todas las previsiones, con una intensa sobrecarga en el contexto de la AP y la atención domiciliaria, a lo que se añade una respuesta descoordinada de los Servicios Sociales y de Salud. Paradójicamente, esta coyuntura finalmente se traduce

en una mayor dependencia del ciudadano (Casado-Marín, 2006; Ojeda, Campo, & Camacho, 2006; DiCenso et al., 2010; Johnson et al., 2012).

A este escenario, hay que sumar un crecimiento de las expectativas de los ciudadanos acerca de lo que los Servicios de Salud pueden y deben hacer por ellos. La creciente demanda en la mejora de la accesibilidad y un valor cultural creciente sobre la conducta de búsqueda de información sobre salud (González Álvarez & Clavero Barranquero, 2005; Jiménez, García, Martín & Bermúdez-Tamayo, 2007), está muy vinculada a la transformación de nuestra sociedad en una sociedad informacional, que conlleva un inevitable camino hacia nuevos roles dirigidos hacia la toma de decisiones compartidas en salud.

Parece indiscutible el importantísimo papel que aquí juegan los profesionales sanitarios de AP, tanto médicos como enfermeras, ya que son los que deben responder a estas nuevas demandas de los ciudadanos. En la actualidad, a nivel internacional, está resurgiendo el planteamiento filosófico de la AP como un modelo válido que no ha dado aún sus frutos por falta de implantación real, de forma que se han publicado documentos y estudios que analizan la política sanitaria y reclaman más atención a la AP en distintos países (Navarro-López & Amando Martín-Zurro, 2009; Hoare, Mills & Francis, 2011; Joyce & Piterman, 2011). Así, en el informe de la Comisión Nacional de Expertos en salud de Canadá, cuando se justifica la necesidad de un sistema de AP de calidad, se afirma que es vital la integración de una enfermera comunitaria bien preparada en equipos interdisciplinarios que basen su atención en la comprensión de la interacción entre los múltiples factores personales y ambientales que determinan salud de los pacientes (Birch & Thabane, 2012). Asimismo, desde EEUU se están implementando políticas sanitarias mucho más orientadas a la prevención y promoción de la salud que a la enfermedad apostando por la actuación de las enfermeras de AP que, coordinadas e integradas en un equipo de atención primaria (EAP) preparado y proactivo, prestan una atención basada en la evidencia a un paciente informado y que participa en la decisiones respecto a su salud (Kirsch, 2012).

Debemos saber reconocer y aprovechar la oportunidad que estos cambios en las demandas y necesidades de la población suponen para las enfermeras de AP. El

seguimiento y educación de los pacientes con enfermedades crónicas, especialmente las de riesgo cardiovascular, a cargo de la enfermera de AP y el papel relevante que debemos tomar en el ámbito sociosanitario ante el envejecimiento de la población, hacen que sea de vital importancia que las enfermeras de AP demos una atención exquisita con unos cuidados basados en la mejor evidencia existente (Birch & Thabane, 2012; Savage, 2012).

Sin embargo es indiscutible el papel clave que juegan las organizaciones para que las enfermeras de AP puedan asumir un rol protagonista en el ámbito sociosanitario. En cualquier contexto para que una enfermera quiera -y pueda- mejorar su práctica profesional es necesario un cierto grado de autonomía en su toma de decisiones, asumiendo que éstas deben basarse en el conocimiento científico y las necesidades del paciente (Gervás, 2004; Morales-Asencio, 2008). Las organizaciones deberían trabajar para que se produzca un cambio en el rol subalterno al que someten frecuentemente a las enfermeras y especialmente en el modelo de relaciones interprofesionales con los médicos. Todos los agentes implicados deben establecer un camino serio, marcado por el rigor y los resultados de investigación, que elimine definitivamente cualquier desajuste que ahora mismo se pueda estar traduciendo en eventos adversos para nuestros pacientes y la ciudadanía. Así pues, parece conveniente discernir con claridad la parte de responsabilidad atribuible a los profesionales y la parte atribuible a las organizaciones que condicionan su práctica profesional (Morales-Asencio, Morilla-Herrera & Martín-Santos, 2007).

Dada la influencia que tienen los cuidados en los resultados de los procesos asistenciales y entendiendo que el objetivo de las organizaciones sanitarias es mejorarlos, se hace necesario intentar que las estructuras organizativas abandonen procesos asistenciales incompletos o totalmente desfasados con las nuevas demandas encaminadas a ofrecer mejores servicios de salud (García-Millan et al., 2012). Para ello, las enfermeras deben estar dispuestas a sustentar su labor en una práctica sistematizada, que permita medir la efectividad de sus actuaciones (Medina, Valenzuela, Pinto & Vidal, 2010). Se hace necesario reflexionar tanto sobre el propio colectivo profesional como sobre las organizaciones donde éstas desarrollan su labor profesional, pues la responsabilidad de la situación debe ser

compartida con los ámbitos organizacionales que condicionan su práctica profesional.

En distintos foros y entornos laborales, las enfermeras empiezan a demandar a las organizaciones el reconocimiento de la capacidad para desarrollar el rol profesional para el que han sido formadas. Debería asumirse el planteamiento que hace Ferrer et al. (2003), que considera la autonomía como base de la profesionalización, coincidiendo como ya se ha dicho anteriormente con Kramer que la considera como el elemento vertebrador de los cuidados de calidad (Kramer & Schmalenberg 2008a), es decir, facultarlas de la posibilidad de actuación o intervención basada en criterios propios, internos, que provienen de la acreditación, de una experiencia y de una autoridad o reconocimiento en el campo de una disciplina.

Son las organizaciones las que deben establecer las condiciones para que las enfermeras actúen en un plano real de colaboración con otros profesionales y no de sumisión, posición desde la cual no pueden desarrollar su potencial profesional, que por otra parte resulta imprescindible para desarrollar un verdadero cambio en la prestación de servicios sanitarios. Sin una adecuada gestión, encaminada a la utilización del conocimiento enfermero como valor organizacional, será imposible adaptar las necesidades de cuidados a las demandas de servicios.

Además, las organizaciones deberían optar por un servicio en el que los modelos de práctica permitan la inclusión de aquellos resultados procedentes de la investigación con probados efectos sobre la calidad de los procesos. El desajuste existente entre las posiciones teóricas y la práctica enfermera es una realidad que no garantiza ni los mejores resultados en nuestras intervenciones, ni la seguridad de nuestros pacientes (Kurtzman & Corrigan 2007). En un emblemático artículo del Institute of Medicine de EEUU (American Institute of Medicine 2001), sobre la calidad de los servicios sanitarios, se instaba a los Servicios de Salud a reorientar las organizaciones hacia la PBE y hacia los estándares profesionales para poder transitar de forma adecuada por el “abismo de la calidad”. En el mismo sentido, el gobierno británico, a finales de los noventa, acuciado por una alta tasa de abandono de enfermeras y de desmotivación profesional, desarrolló la estrategia *Making a difference*, (Health, 1999) que abarcaba medidas estructurales, funcionales, de lideraz-

go, económicas, académicas, etc., encaminadas a fortalecer la contribución de las enfermeras a la salud de los ciudadanos. En ese documento, el propio gobierno reconocía abiertamente que las organizaciones no favorecen el desarrollo profesional enfermero e impiden continuamente las innovaciones en la Enfermería.

Las estrategias de cambio en las prácticas clínicas de los profesionales han sido muy analizadas, y en la actualidad la mayor efectividad parece recaer en la combinación de métodos, más que en instaurar una única línea de actuación (Grol & Grimshaw 2003). Muchas de estas estrategias o las barreras para su implementación, están vinculadas a la organización y a su capacidad de impulsarlas y llevarlas a cabo. Es especialmente en la organización y gestión de los servicios de salud, donde la distancia entre las políticas institucionales y la investigación sanitaria se hace más patente (Ham, Hunter & Robinson, 1995; García-Millán et al., 2012).

En España, diversos estudios cualitativos de análisis de la organización de AP han advertido ya de distintos puntos débiles que dificultan el avance de las enfermeras hacia una práctica profesional de calidad basada en la evidencia (Sancho-Viudes et al., 2002; March-Cerdá, Oviedo-Joekes, E., Romero-Vallecillos, Prieto-Rodríguez & Danet, 2009). A la luz de estos estudios se desprende que las enfermeras no se sienten partícipes de las decisiones de la organización, y a veces, ni siquiera informadas de los objetivos y líneas estratégicas que se trazan desde las gerencias.

En este sentido, es muy relevante el estudio realizado en la Comunidad de Madrid titulado “Investigación de las necesidades de salud de la población de Vallecas” realizado por el instituto de investigación de mercado y opinión CIMOP (Comunicación, imagen y opinión pública), en 2002 y 2003 y coordinado por Fernando Conde en el que, utilizando una metodología cualitativa, a través de reuniones y entrevistas con los distintos componentes de la comunidad, entre ellos los profesionales de salud, se describen las necesidades de salud detectadas por los mismos, produciéndose una queja generalizada sobre la escasa retroinformación por parte de la gerencia hacia los distintos equipos de AP. Consideran que los objetivos y las prioridades no son claros y que los equipos son raramente informados de las previsiones que se realizan. Se subraya asimismo, que la dirección no respalda, ni re-

conoce o agradece lo suficiente el trabajo bien hecho por los equipos (Conde, 2003a, 2003b).

En este mismo estudio se hace patente la necesidad de formación y de adecuación de plantillas enfatizando el desajuste que se da entre la plantilla de enfermeras y la de médicos de familia, ya que en numerosas ocasiones, se aumenta la plantilla de médicos pero no la de enfermeras, lo que obliga a buscar soluciones organizativas como que una misma enfermera lleve dos cupos médicos con la consiguiente sobrecarga y dispersión asistencial. Además se hace referencia a un mal funcionamiento del sistema sanitario que crea nuevas cargas y responsabilidades para AP, por ejemplo al trasladar técnicas que antes sólo se realizaban en el hospital a los CS, sin dotar simultáneamente los medios para llevarlas a cabo, ya sean recursos humanos, formación, tiempo, espacio y aparataje necesarios para ejecutarlas creando malas relaciones entre los profesionales y una atención de menor calidad a los pacientes. El aumento de carga asistencial que supone esta situación, hace que el incremento de competencias por parte de las enfermeras de AP se viva más como un generador de angustia que como un logro. Conde concluye que es necesario reorientar la oferta de servicios enfermeros centrándolos en la prevención y la promoción de la salud, ya que las enfermeras deben jugar un papel clave en este terreno y en el de la coordinación socio-sanitaria, sin que esto suponga ninguna limitación al resto de las categorías profesionales (Conde 2003a, 2003b).

Hernández-Yáñez (2010), en su informe sobre el estado actual de la enfermería en el mundo y especialmente en España, titulado “La enfermería frente al espejo: mitos y realidades” pone en evidencia este hecho y otros aspectos candentes como el problema de la falta de especialización real de la enfermería, que lleva al despropósito de que enfermeras que han desempeñado su labor en el ámbito exclusivamente hospitalario, obtengan un empleo fijo en AP sin mediar preparación alguna, cuando son prácticamente neófitas en ese ámbito. Frecuentemente, el traslado que solicitan las enfermeras hospitalarias a AP, está motivado por el hecho de obtener un destino más cómodo sin turnos de noche ni rotatorios, ni trabajo los fines de semana. El personal de mayor edad, por su antigüedad, obtiene casi siempre una puntuación mucho más alta en los baremos de los concursos que no consideran la formación, el reciclaje o las competencias profesionales, sino sólo el tiempo traba-

jado, con el agravante de que las organizaciones, por problemas de financiación, ni siquiera las recicla para que se puedan adaptar a su trabajo en AP.

Si bien es cierto que se ha reconocido ya la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria y que se han logrado avances curriculares con el acceso de las enfermeras al grado, masters oficiales y doctorado, no se han creado nichos profesionales reales para estas enfermeras con lo que, aunque el reconocimiento legal de la especialidad ya suponga un gran paso para la enfermería comunitaria, a efectos reales, seguimos sin especialización (Fernández Ruíz, 2013; Hernández-Yáñez 2013). Para agravar más esta surrealista situación el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ha hecho pública una propuesta de cronograma para la creación e implantación de las distintas especialidades de enfermería (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad 2014) que ha provocado el rechazo de varias asociaciones científicas, colegios profesionales y sindicatos de enfermería ya que retrasa la especialidad de enfermería familiar y comunitaria hasta 2021, fecha en la que se habrán cumplido 16 años desde que se regularon las especialidades de enfermería y 11 desde que se aprobó el Programa Oficial de la Especialidad en 2010 (AEC, 2014; SATSE, 2014; FAECAP, 2014; Forum Enfermero del Mediterráneo, 2014; COIBA, 2014; UGT, 2014; CGE, 2014).

2.2.3. Revisión de la literatura

A pesar de la gran repercusión que puede tener la generación e implementación de PBE en la calidad del trabajo cotidiano de las enfermeras existen pocos estudios acerca de este tema en el ámbito de AP. Esta falta de estudios podría deberse a la naturaleza misma del trabajo, ya que es realizado en múltiples campos tanto técnicos (vendajes, curas, espirometrías, extracciones, etc.), como en EpS o en PdS y en diferentes ámbitos tanto a nivel individual como en la comunidad. Así pues, la labor se desarrolla con personas de todas las edades y etapas de la vida, tanto en personas sanas como enfermas, ya sea en procesos crónicos o agudos. Por otro lado, realiza su trabajo en distintos entornos, no solamente en el CS sino también fuera de él, en colegios e institutos de enseñanza secundaria, domicilios, instituciones de crónicos, instituciones sociales, etc. Por otra parte, en AP, la enfermera trabaja con un paciente que no sólo está consciente y orientado sino que además se

puede sentir dueño de su propia situación de salud y quiere, y se le requiere, para que participe en las decisiones que se tomen acerca de su proceso. El abordaje en este caso debe ser forzosamente holístico ya que no se trata sólo la patología del paciente, sino que, tanto la EpS como la PdS, implican un proceso de reeducación fomentando el autocuidado y cambios en el estilo de vida teniendo en cuenta las características personales del paciente y los factores psicosociales propios de su entorno (creencias, nivel socio-cultural, entorno familiar, nivel económico, etc.), ya que se trata de que él mismo asuma, dentro de sus posibilidades, la responsabilidad sobre su salud y el manejo de su patología (WHO, 2008).

En el medio hospitalario, parece que las variables que afectan a la atención al cliente son más controlables. La enfermera está en un entorno sanitario en el que tiene la autoridad para hacer y deshacer cuando el paciente, normalmente, percibe el entorno hospitalario como agresivo y se siente cohibido en muchos aspectos y con un nivel de autonomía mucho menor que en AP, por lo que, a la hora de investigar, resulta más fácil controlar las variables. Esto se hace patente especialmente en unidades muy técnicas como las unidades de cuidados intensivos (UCI) en las que, además, se interactúa más a nivel biotecnológico que psicosocial con el paciente, dado que éste suele estar en condiciones críticas.

En resumen, creemos que en AP, se interactúa más con un paciente que tiene, y debe tener, participación en las decisiones sobre su cuidado y, además, en su propio terreno (domicilio, instituciones comunitarias). Tal vez éstas pueden ser las razones de que haya más estudios sobre PBE en el entorno hospitalario que en AP. La mayoría de los estudios realizados sobre la implementación de la PBE se han centrado en el entorno de AH (Aiken & Patrician, 2000; Estabrooks et al., 2002; Juvé-Udina et al., 2007; Kramer & Schmalenberg, 2008; Lucero, Lake & Aiken, 2009; Van Bogaert, Clarke, Vermeyen & Meulemans, 2009) e incluso en unidades altamente especializadas como cuidados intensivos (Schmalenberg & Kramer, 2007).

Sin embargo en el Libro Blanco de los Recursos Sanitarios publicado en el año 2013 por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad español se considera que en el campo de AP es donde más preguntas de investigación pueden sur-

gir y donde más pueden aportar las ciencias sociales, con sus aproximaciones y metodologías. Se argumenta que son los miembros de los EAP los que deben constatar las epidemias de enfermedades crónicas, la pluripatología y la polimedicación individual. Estos profesionales han de atender toda la tipología de pacientes: los auténticamente sanos, los enfermos funcionales, los enfermos de verdad y los que se creen sanos; la atención sanitaria a este nivel pasa más a centrarse en el paciente que en la enfermedad. Así, según esta publicación, es necesario revitalizar la investigación clínica en AP y ha de hacerse a varios niveles empezando por la educación, la formación y la carrera profesional haciendo hincapié en la formación en el pensamiento crítico y en la metodología de la investigación que debe iniciarse en las facultades, antes de la especialización y la formación continuada (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad 2013).

El propio nacimiento de la teoría del magnetismo de las organizaciones hospitalarias (Kramer & Schmalenberg 1988a, 1988b) y todo su posterior desarrollo ha conllevado a la escasa utilización de estos instrumentos en los ámbitos de AP y Atención Comunitaria, aunque también es cierto que en los últimos años comienzan a encontrarse estudios y una creciente preocupación por extender este conocimiento al entorno de la AP (McKenna, Ashton & Keeney, 2004; Thompson, McCaughan, Cullum, Sheldon & Raynor, 2005).

Además no olvidemos que la EBE nació desde la MBE desde una visión experimental y positivista por lo que, en principio, parece lógico que haya sido más aplicada en el contexto hospitalario que en el de AP. A pesar de las voces disonantes surgidas acerca de la transferibilidad de la evidencia en general (Calderón et al., 2011) y en el campo de la enfermería en particular (Holmes, Murray, Perron & Rail, 2006), está ampliamente reconocido que la evidencia es necesaria para impartir unos cuidados de calidad aunque debe siempre conciliarse la ciencia con la visión holística propia de la enfermera (McCrae, 2012).

La enfermería es una ciencia relacional y el positivismo inherente a la PBE no debe anular la comprensión de los fenómenos que rodean al que debe ser el centro de nuestra atención, es decir al paciente, que como persona, tiene unas características únicas, no siempre predecibles y generalizables. Lo medible se debe medir, y la

ciencia enfermera debe ir más allá y encontrar una forma de traducir los hallazgos fenomenológicos en evidencia que se pueda trasladar a la práctica (Bradbury-Jones & Herber, 2011). Precisamente dado el ámbito humano -y por tanto en parte subjetivo- del cuidado muchos de los estudios útiles en enfermería son de naturaleza fenomenológica cualitativa (Polit & Beck, 2010). En el ámbito de la AP se pone más de manifiesto la necesidad de una investigación que tenga en cuenta a las personas con todas sus características personales, su entorno y la comunidad en la que viven por un lado y el trabajo de un equipo multidisciplinar por otro, por lo que en AP aún existen menos estudios en los que basar la práctica enfermera.

A continuación explicaremos brevemente los estudios hallados que han investigado los factores que influyen en la utilización de la PBE en el ámbito de AP. En Inglaterra, Thompson et al. (2005) realizaron un estudio entre enfermeras de AP con la finalidad de dilucidar las barreras que éstas percibían para utilizar la PBE y el uso de la investigación en su práctica diaria. Las principales barreras fueron la distancia entre el conocimiento teórico y la práctica que impide una transferencia de conocimientos exitosa, la falta de información científica asequible y el tiempo limitado de que se dispone en el trabajo para la toma de decisiones. Anteriormente, en otro estudio realizado también en Inglaterra, que exploró la naturaleza de las decisiones tomadas por enfermeras de AP en la práctica clínica y las fuentes de información que utilizaron para apoyar estas decisiones, se concluyó que la mayoría se basaban en la experiencia personal o en el consejo y la información obtenida de sus colegas (Thompson et al., 2001).

Diversos estudios realizados en Suecia, aunque no sólo con enfermeras de AP, sino incluyendo también enfermeras dedicadas al cuidado de ancianos, hallaron que la mayoría de las enfermeras no aplican los resultados de la investigación a su práctica diaria (Bostrom et al., 2009). Profetto-McGrath et al. (2007) investigaron en Canadá las fuentes de información en que las enfermeras con titulación superior (maestría o doctorado) basaban su práctica clínica, concluyendo que se basaban principalmente en su educación superior, la consulta a otros profesionales de la salud, internet, su experiencia personal y la bibliografía especializada. En un estudio cualitativo realizado con grupos focales de enfermeras de AP en Noruega, Berland et al. (2012) encontraron que la mayoría de las enfermeras utilizan lo apren-

dido en su formación de enfermería pregrado, el conocimiento de sus colegas, la literatura de enfermería, y la orientación personal de expertos, pero rara vez utilizan la investigación.

En España hemos encontrado diversos estudios que han validado los cuestionarios EBPQ y NWI que, como ya se ha mencionado, miden, respectivamente, las actitudes personales hacia la PBE y el ambiente de la organización para su desarrollo e implantación, pero apenas existe literatura en nuestro país sobre su aplicación y estudio de los factores que determinan el uso e implantación de evidencia.

Es de resaltar que en el ámbito de AP español hay muy pocos estudios que hayan investigado los factores que influyen en la utilización de una PBE. De Pedro et al. (2009) publicaron un estudio en el que se validaba el EBPQ entre 289 enfermeras del ámbito comunitario y hospitalario, de Andalucía y Murcia. Posteriormente en una investigación cuantitativa realizada entre las 3129 enfermeras de hospitales y Atención Primaria de Baleares, se validaron el EBPQ y el PES-NWI para el contexto español (De Pedro et al., 2011).

Ruzafa-Martínez et al. (2011a) realizaron un estudio a fin de validar el cuestionario *Evidence-Based Nursing Attitude Questionnaire (EBNAQ)* que mide las actitudes hacia la PBE. Fuentelsaz et al. (2013) asimismo, han publicado una validación del PES-NWI para el contexto hospitalario español realizándolo en 33 hospitales de más de 150 camas con el objetivo de utilizarlo en el estudio europeo “*Nurse Forecasting: Human Resources Planning in Nursing*” (RN4CAST, en España “Relación entre la seguridad del paciente, la provisión y formación de las enfermeras y las características organizacionales de los hospitales del Sistema Nacional de Salud. RN4CAST-ESPANA”), que tiene por objeto hacer una previsión innovadora del personal de enfermería, no sólo teniendo en cuenta los volúmenes de personal necesario sino la calidad de trabajo del mismo y, en consecuencia, la seguridad del paciente (Sermeus et al., 2011; Abad-Corpa et al., 2013; Fuentelsaz et al., 2013; Fuentelsaz et al., 2013a).

Moreno-Casbas et al. (2011) publicaron un estudio realizado en el año 2006 entre enfermeras de hospital, AP y en escuelas de enfermería de las 17 comunidades autónomas españolas. Con el fin de identificar las barreras percibidas para el uso de

los resultados de la investigación utilizaron la escala de *The BARRIERS to Research Utilization Scale*, previa adaptación al castellano, siendo sus principales hallazgos la falta de tiempo en el trabajo, el desconocimiento de las investigaciones y la falta de capacidad para discernir la calidad de las mismas (Moreno-Casbas, Fuentelsaz-Gallego, Gil-de-Miguel, González-Maria & Clarke, 2011).

Parro-Moreno et al. (2013) utilizaron la versión validada del PES-NWI por De Pedro et al. (2009) para explorar la percepción del ambiente de trabajo entre 475 enfermeras de AP en Madrid llegando a conclusiones muy similares, entre ellas que las enfermeras con cargos de responsabilidad y mayor formación tienen una percepción más favorable de su entorno de trabajo y que conocer los factores del entorno de práctica supone un elemento clave para la organización sanitaria a fin de optimizar recursos y proveer unos cuidados de calidad.

En el ámbito de AP, existen dos estudios recientes realizados con metodología cualitativa en España sobre actitudes y aplicación de la MBE entre médicos de familia (MF) (Sánchez- López, Madrigal-de-Torres, Sánchez-Sánchez, Menárguez-Puche & Aguinaga-Ontoso, 2010, Calderón et al., 2011). Dados los pocos estudios realizados en el contexto español de AP sobre actitudes e implementación de la EBE, creemos oportuno mencionar estos estudios aunque estén realizados entre MF y no entre enfermeras. Desde 1984, cuando comenzó a tratarse la reforma del anterior sistema de salud, el trabajo en equipo aparece como un elemento básico en los modelos organizativos en la prestación de servicios de AP (Balasubramanian et al., 2010; García-Millán et al., 2012).

El contexto de AP es el mismo para enfermeras y médicos ya que se trabaja en equipo, al menos en teoría, y la relación médico-enfermera suele ser muy cercana. Buena prueba de ello es la similitud de resultados al analizar las opiniones y actitudes de ambos estamentos profesionales. Por ejemplo, el primer recurso que utilizan en caso de dudas clínicas es consultar al compañero y, aunque tienen una actitud positiva ante la MBE, reconocen que la utilizan poco principalmente por falta de tiempo debido a la presión asistencial proponiendo, como posibles soluciones, mayor formación, incentivación de una adecuada praxis y reorganizar la labor asistencial (Sánchez-López et al., 2010).

Respecto al estudio realizado por Calderón et al. (2011) en el que se utilizó una metodología cualitativa, realizando 8 grupos focales compuestos por 67 MF procedentes de 47 CS de cuatro comunidades autónomas españolas (Galicia, Euskadi, Madrid y Cataluña). El uso de la MBE entre los MF parece estar condicionada por varios factores como el equilibrio entre la “ciencia” de la MBE y la “experiencia” en AP o las presiones del contexto a las que pueden estar sometidas ambas en todos los aspectos (laboratorios farmacéuticos que financian las Guías de Práctica Clínica (GPC), contexto social y cultural de los CS etc.). Junto con las preocupaciones sobre su objetividad, los participantes mostraron una tendencia a ver la MBE, como el uso de directrices simplificadas desarrolladas por expertos en MBE. En conclusión, los MF de este estudio identificaban la ciencia con la MBE y la reconocían como una herramienta útil, pero insuficiente para la buena práctica clínica en AP. Consideran que es necesario el desarrollo de la MBE en una dirección más centrada en las necesidades de los pacientes.

Desde 2003 hasta nuestros días, el Sistema Nacional de Salud (SNS) ha desarrollado el organismo Guía Salud (Portal Guía Salud. Biblioteca de Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud), cuya misión es potenciar la oferta de recursos, servicios y productos basados en la evidencia científica para apoyar la toma de decisiones de los profesionales y de los pacientes en el SNS, así como impulsar la creación de redes de colaboradores y la cooperación entre entidades relacionadas con las GPC y la MBE. Esta iniciativa forma parte de las actuaciones previstas en el Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud para contribuir a la toma de decisiones clínicas eficientes, adecuadas y seguras (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2010).

En esta misma línea y en el entorno enfermero, existe el Proyecto de Implantación de Guías de Buenas Prácticas que ha sido desarrollado y se está ejecutando gracias a la colaboración entre la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investénisciii), el Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Briggs para los Cuidados en Salud basados en la Evidencia (constituido por el Instituto de Salud Carlos III, 14 comunidades autónomas y el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad) y la Asociación de Enfermeras de Ontario (RNAO), de Canadá. La implantación de estas guías se está llevando a cabo desde 2011 y está previsto que dure

hasta 2016 y tiene como finalidad establecer un marco de referencia para favorecer la toma de decisiones en enfermería basadas en la mejor evidencia disponible y en distintos niveles del sistema sociosanitario (Ruzafa-Martínez et al., 2011). Actualmente se está realizando esta implantación en 8 Instituciones sanitarias de España (CCEIJB, 2012).

Como hemos visto, son pocos los estudios que han examinado los factores que influyen en el conocimiento e implantación de una PBE entre las enfermeras de AP, hecho éste que justifica la necesidad de estudios que puedan orientar iniciativas de implantación especialmente diseñadas para este ámbito a fin de mejorar nuestra práctica clínica y con ello prestar la mejor atención al usuario.

2.2.4. Situación actual en Mallorca

En Mallorca, el único estudio que hemos podido hallar acerca de la situación de las enfermeras de AP es el realizado por Sancho-Viudes et al. (2002). Con objeto de ponderar el alcance de la Reforma de la Atención Primaria (RAP) iniciada en el año 1986 con la Ley General de Sanidad (Jefatura del Estado 1986), se pretendía analizar los logros obtenidos por las enfermeras, identificar los problemas que encontraban en su trabajo diario y proponer líneas de trabajo para el futuro.

La investigación fue realizada con metodología cualitativa en un momento crucial, ya que en el año 2000 había concluido la reforma de la AP y la Comunidad Autónoma de *les Illes Balears* acababa de asumir las competencias en sanidad. Aunque no se aborda la EBE como tal, sí que explora la calidad de la práctica enfermera de AP en nuestro ámbito. En los resultados se puso de manifiesto que, a pesar de que se había avanzado con respecto al modelo de enfermería tradicional, las expectativas que se habían planteado al comenzar la RAP no se habían alcanzado. El desajuste de las plantillas de enfermeras respecto al crecimiento poblacional de Mallorca, la deficiente comunicación interna, la falta de definición y difusión de una cartera de servicios de enfermería, la ausencia de investigación en enfermería orientada hacia la medición de los resultados en salud y la revisión curricular de la formación pre y postgrado, fueron los principales problemas que se pusieron de manifiesto.

Llama la atención que la mayoría de los problemas que fueron identificados en aquel momento, siguen sin resolverse e incluso sin ser abordados. Como posteriormente podremos observar, muchos de los temas colaterales que han surgido en los grupos de discusión de esta tesis ya salieron a la luz en el estudio de Sancho-Viudes, con otros matices, pero reflejando esencialmente los mismos problemas de fondo. Resulta también curioso que las oportunidades que se apreciaban en aquel momento, la transferencia de competencias en salud a la comunidad autónoma, la especialidad de enfermería familiar y comunitaria o la implantación del modelo de Virginia Henderson, no hayan resultado tan beneficiosos para la profesión como se esperaba.

Alrededor del año 2000, la Gerencia de Atención Primaria (GAP) había promovido diversos proyectos a fin de avanzar en la enfermería comunitaria en Mallorca. Se inició una línea de trabajo para la implementación de guías y protocolos de práctica clínica a fin de mejorar la efectividad y la calidad asistencial, considerando el hecho de que muchas enfermeras no tenían la formación suficiente ya que provenían de la antigua formación de ATS. En el momento del inicio de la RAP no se trazaron unas líneas de trabajo claras para la enfermera comunitaria, no se definió una cartera de servicios propia, ni se formó a las enfermeras que pasaron a formar parte de los CS, se inició con más ilusión que preparación. En 2006 se publicó un proyecto de gestión de cuidados basado en el modelo de Virginia Henderson a fin de unificar el lenguaje de las enfermeras de AP (GAPM 2006). Se introdujo el modelo de trabajo en el sistema informático y se formó a las enfermeras en su manejo. Posteriormente, en 2009, también se editó el documento *Mapa de procesos de enfermería* (GAPM, 2009), proyecto con el que, basándose en criterios de calidad y trabajo por procesos, se pretendía recoger y unificar todo el trabajo que las enfermeras hacían en los CS. Además, a lo largo de estos años se han ido editando guías de actuación y se ha hecho un esfuerzo importante de formación en actividades comunitarias de EpS y PdS y Estrategias de Salud específicas y propias del ámbito comunitario que se pueden consultar a través de la intranet del Servicio de Salud de les Illes Balears (Intranet ssib).

Estos proyectos han tenido continuidad a través de las distintas Direcciones de Enfermería. En su implementación, se ha formado al personal de enfermería en el

modelo, en el manejo de la aplicación informática y en programas e intervenciones que se consideran propias de la enfermera comunitaria, tales como intervenciones de Promoción y EpS en el CS (grupos de pacientes crónicos, deshabituación tabáquica, cuidadores, etc.) o en la comunidad (talleres de EpS en escuelas e institutos de secundaria, consulta joven, etc.). El problema más importante que ha surgido a la hora de aplicar dichos programas, ha sido la continua rotación del personal de enfermería de AP de esta Comunidad Autónoma (CCAA).

En enero de 2002, en España, al realizar la transferencia de competencias en sanidad a las CCAA que aún no la tenían, entre ellas las Islas Baleares, se culminó la descentralización de la gestión sanitaria ejercida durante veinte años por el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD).

Antes de otorgar las transferencias y tras más de diez años sin convocatorias de estabilización de empleo sanitario, el Insalud convocó un concurso de traslados y una Oferta Pública de Empleo (OPE) en 2001 (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2001), que no se resolvió hasta 2007 (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007). Dicha OPE, supuso para muchas enfermeras interinas, la esperanza para consolidar como plaza fija el puesto que estaban desempeñando desde hacía años. Paradójicamente, dio lugar a una sustitución importante (alrededor del 20% de la plantilla total de enfermeras de AP, y en algunos CS más del 50%) del personal de enfermería que trabajaba en AP por otros profesionales que venían de AH debido a la convocatoria de traslado previa. El único criterio que se usó para conceder el traslado, fueron los años de experiencia en cualquier ámbito asistencial. Esto supuso el recambio de enfermeras formadas en AP por enfermeras cuya trayectoria profesional era hospitalaria.

Ya desde el *Servei de Salut de les Illes Balears*, en 2009, se convocaron oposiciones para cubrir unas 800 plazas vacantes de ATS-DUE tanto en AH como en AP en todo el archipiélago (Consejería de Salud y Consumo, 2009). En los traslados previos, AP de Mallorca volvió a ofertar el 20% de las plazas existentes, que -nuevamente- fueron cubiertas por enfermeras de Atención Hospitalaria, quedando para la oposición sólo cuarenta plazas que se cubrieron por enfermeras que habían obtenido una plaza sin discriminación del ámbito de su experiencia laboral. Esto dio lugar,

de nuevo, a que enfermeras que llevaban más de diez años trabajando en AP, con experiencia y formación en este ámbito, se fueran a trabajar al medio hospitalario que por otra parte desconocían. A día de hoy, y según datos facilitados por la GAP, de las 446 enfermeras de AP en Mallorca casi el 41% provienen de la Atención Hospitalaria y en los últimos cuatro años, el 76% de enfermeras de AP, han cambiado de destino.

Este escenario se completa por otro lado con la situación de restricciones que se vive desde que se hizo patente la crisis económica y que provocó recortes en Sanidad a nivel nacional (Jefatura del Estado, 2012). Estos recortes repercuten no sólo en el aspecto económico estrictamente, sino también aumentando la carga de trabajo y deteriorando la calidad de los servicios sanitarios que reciben los pacientes. Tengamos en cuenta que esta situación, lejos de mejorar, ha empeorado y se han impuesto recortes en todos los recursos de la sanidad obedeciendo a criterios estrictamente economicistas que tal vez recortan donde es más fácil hacerlo y no donde se debería (Simó-Miñana, 2007; Birch & Thabane, 2012; Campillo-Artero, 2012; Muntaner, Ng & Chung 2012; Simó-Miñana, 2012; Legido-Quigley et al., 2013; Gómez-Picard & Fuster-Culebras, 2014).

Creemos importante exponer estos antecedentes de la enfermería de AP en Mallorca, que por otro lado, seguramente coinciden con el resto de España, ya que el contexto y el ambiente en el que se trabaja influye claramente no sólo en las opiniones y percepciones de las enfermeras, sino también en su forma de trabajar y la calidad de su atención (Aitken, Burmeister, Clayton, Dalais & Gardner, 2010; Calarco 2010).

2.3. Marco teórico: la EBE desde la Fenomenología

La fenomenología surgió como una necesidad de explicar la naturaleza de las cosas (fenómenos). Lejos de ser una secuencia de pasos, es un nuevo paradigma que observa y explica la ciencia para conocerla exactamente y, de esta forma, encontrar la verdad de los fenómenos. En la investigación en ciencias de la salud parece necesario compaginar el rigor positivista, del que nació la MBE, con la consideración subjetiva del individuo y su entorno, para dotar así la práctica clínica de una perspectiva más holística. Por ello, puede resultar muy útil adoptar el paradigma fenomenológico como perspectiva teórico-metodológica para describir y comprender el significado que los fenómenos tienen para las personas (Amezcuza & Gálvez, 2002).

La palabra fenomenología procede del griego y está compuesta por dos vocablos griegos: "fenomenon" y "logos". "Fenomenon" deriva de "faineszai" que significa mostrarse, hacer patente y visible. "Logos" significa discurso, ciencia. Por tanto, la fenomenología será la ciencia que versa sobre cómo revelar y hacer visibles las realidades o cómo acceder a la polisemia que entraña toda realidad. Por otro lado, la hermenéutica, cuyo ámbito está muy asociado a la fenomenología, asume que los humanos experimentan el mundo a través del lenguaje y este lenguaje nos proporciona la comprensión y el conocimiento de las personas (Espitia, 2000).

El fundador de la escuela fenomenológica fue Edmund Husserl (1859-1938), que concibe al hombre como un ser racional que tiene tendencia a creer en los fenómenos sensoriales sobre cualquier otro tipo de información. Esta inclinación a creer en los hechos verificados de forma interna es lo que conforma la fenomenología. Se basa en la descripción y posterior análisis de la conciencia partiendo del mundo conocido, del cual hace un análisis descriptivo en base a las experiencias compartidas. A partir de este mundo conocido y de las experiencias intersubjetivas se obtienen las indicaciones para interpretar los procesos y estructuras sociales. El énfasis no se encuentra en el sistema social ni en las interrelaciones funcionales, sino en la interpretación de los significados del mundo y las acciones de los sujetos. Puede resultar particularmente útil para la interpretación de los hechos y procesos estudiados; para captar el sentido de los fenómenos y la intención de las actividades (Husserl, 1992).

La tradición fenomenológica-hermenéutica o enfoque interpretativo es llevada a cabo por Heidegger (1889-1976), alumno y crítico de Husserl. Se concibe como una manera de ser en el mundo socio-histórico donde la dimensión fundamental de toda conciencia humana es histórica y sociocultural y se expresa por medio del lenguaje. Heidegger consideró que el enfoque primario de la filosofía fue sobre la naturaleza de la existencia (ontología), mientras que Husserl centró su enfoque fue sobre la naturaleza del conocimiento (epistemología). La distinción principal entre ambos enfoques radica en la consideración por parte de Heidegger de que las pre-suposiciones no se deben de eliminar o suspender ya que constituyen la posibilidad de la comprensión o el significado. Posteriormente, el término de filosofía hermenéutica es utilizado por Gadamer (1900-2002) que, basándose en las ideas de Heidegger, articuló una hermenéutica tanto en el contexto de la temporalidad como la historicidad de la existencia humana. Ricoeur (1910-2005) expuso las definiciones más amplias de la fenomenología y la hermenéutica apoyado por las ideas de Husserl, Heidegger y Gadamer, según este autor: *"la fenomenología sigue siendo la presuposición insuperable de la hermenéutica"*. La teoría de la interpretación de Ricoeur, profundizó en la comprensión de la relación entre la ontología de la realidad humana (ser en el mundo) y la epistemología de lo que ha de conocerse (ser del mundo), afianzando el vínculo entre comprender el significado y comprenderse a sí mismo. Filósofos como Merleau Ponty, Habermas y otros en Estados Unidos han contribuido al avance de la fenomenología y la hermenéutica contemporánea (Ritzer, 2006).

En el campo de las ciencias de la salud cada vez se hace más patente la necesidad de una investigación cualitativa utilizando la perspectiva fenomenológica, ya que permite analizar y comprender los fenómenos sociales humanos en salud desde la multicausalidad, asumiendo por tanto que la realidad es compleja y subjetiva. En la investigación en salud, desde esta perspectiva, es importante orientar el análisis de la construcción de significados desarrollados por los propios actores sociales, con una concepción dinámica, en la que el investigador está inmerso en el contexto, y donde se recogen y analizan las opiniones, discursos, acciones y significados personales para comprenderlos en profundidad (Espitia, 2000).

El movimiento de la EBE surge de las bases conceptuales de la MBE con los mismos propósitos básicos de la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de cada paciente. Se basa para ello en cuatro conceptos: la investigación, la experiencia del profesional, las preferencias y valores de los usuarios y los recursos disponibles (Sackett et al., 1996). Si cuando hablamos de la MBE se hace necesario un enfoque más abierto que el positivista inicial incluyendo otros métodos además de los estrictamente cuantitativos, esto se hace aún más necesario al referirnos a la EBE. Desde la perspectiva de la PBE, la concepción de la práctica de la enfermería se ve modificada, en la medida que brinda la posibilidad de revisar, reconstruir y rehacer los servicios que presta la enfermera a la luz de pruebas válidas (aproximación a la verdad) y útiles (aplicabilidad clínica) procedentes de la investigación. El enfoque holístico y biopsicosocial del cuidado del paciente nos obliga a tener en cuenta no sólo al paciente y su patología sino todo su entorno, y para explorar estos campos un enfoque desde la fenomenología no sólo puede resultar muy útil sino absolutamente necesario (Trejo-Martínez, 2010).

Recordemos la definición de EBE ya expuesta en el capítulo 1 de esta tesis: *“La EBE consiste en el uso consciente y explícito, desde el mundo de pensamiento de las enfermeras, de las ventajas que ofrece el modelo positivista de síntesis de la literatura científica de la MBE integrado en una perspectiva crítica, reflexiva y fenomenológica tal, que haga visible aspectos de la salud invisibilizadas por el pensamiento hegemónico”* (Observatorio EBE, 2006). En base a esta definición la EBE tiene unas connotaciones particulares entre las que se encuentran: el interés por intervenciones enfermeras independientes, la eficiencia de estas intervenciones dentro del sistema sanitario y la investigación cualitativa necesaria y útil para abordar ciertos problemas de salud en los que las enfermeras pueden aportar soluciones.

Elección de una metodología mixta para este estudio

Es evidente que la ciencia no es un conjunto de técnicas concretas y que la diferencia entre la técnicas cualitativas y cuantitativas va más allá de la simple diferencia en la recogida de datos. La metodología cuantitativa se enmarca dentro del paradigma positivista del conocimiento y plantea una concepción más estática de la

investigación, con el investigador más alejado del objeto, basando el proceso en mediciones, datos numéricos, con énfasis en resultados y con el objetivo último de descubrir relaciones causales entre los fenómenos de estudio (Sarrado, Clèries, Ferrer, & Kronfly, 2004).

Sin embargo, la metodología cualitativa se orienta al análisis de la construcción de significados desarrollados por los propios actores sociales, con una concepción más dinámica, en la que el investigador está inmerso en el contexto, y donde se recogen y analizan las opiniones, discursos, acciones y significados personales para comprenderlos en profundidad, con énfasis en el proceso (Triviño & Sanhueza, 2005). Esta diversidad de enfoques entre ambas metodologías determina la que será su distinción fundamental: el objeto de estudio y los objetivos de investigación a los que cada una de ellas se dirige. Este planteamiento supone aceptar que hay determinados objetos de investigación que requieren ser abordados por medio de una metodología cualitativa para lograr su más eficaz y válida cumplimentación, así como otros objetivos precisan un tratamiento cuantitativo (Bilbao, March & Prieto 2002; Calvo, 2006). La opción de combinar ambas metodologías supone la contemplación de la metodología cuantitativa y cualitativa desde una perspectiva holística y de complementariedad que puede resultar muy apropiada en temas de salud dados los múltiples factores que influyen en ella (Bilbao et al., 2002; Pérez-Andrés, 2002).

Como dice Conde (2002) las metodologías cualitativas forman parte intrínseca de las tradiciones de las Ciencias de la Salud, más ricas y complejas que la aproximación cuantitativa. Un recorrido por los principales hitos y acontecimientos de la historia de la medicina permite poner de manifiesto el estatuto paradójico de las Ciencias de la Salud, a caballo entre las Ciencias de la Naturaleza y las Ciencias Sociales, a caballo entre la mirada cualitativa y la cuantitativa. En los años 80 se produjo una discusión en cuanto a la metodología de investigación social que generó argumentos convincentes en cantidad y calidad respecto a la relatividad del conocimiento científico. No se trata de recopilar datos como si se tratara de recoger frutos silvestres, sino de construirlos, ya sea de forma consciente o inconsciente, sin dejar de lado la realidad social que los acompaña, de hecho cada vez son menos los científicos sociales que se atreven a decir que sus investigaciones son objetivas

o neutrales. Y esto se hace más evidente y necesario cuando investigamos en Ciencias de la Salud (Farías & Montero, 2005).

La investigación en Ciencias de la Salud es más bien una actitud o filosofía, una perspectiva o enfoque general, un modo de acercarse a la realidad, una cuestión dinámica en la que lo importante no es discutir sobre el método, sino seguir el desarrollo de la ciencia en su tarea de ir elaborando su objeto de estudio, mediante el análisis de las necesidades de personas y grupos desde perspectivas, enfoques y metodologías diversas. Cada realidad, por simple que parezca, siempre presenta múltiples facetas y es susceptible de diversas interpretaciones. Está claro que las aproximaciones cualitativas y cuantitativas difieren en distintos aspectos, pero la realidad necesita un pluralismo metodológico, una relación cualitativo-cuantitativo, un principio de complementariedad, una revisión y transformación de los viejos paradigmas para buscar, como algunos comentan, una complementariedad por deficiencia (Bilbao et al., 2002).

Entendemos pues que las enfermeras de AP constituyen una parte importante del sistema sociosanitario. Su desempeño profesional tiene repercusiones directas e indirectas sobre el bienestar y la salud del cliente/paciente ya que de su trabajo se derivan consecuencias sociales y económicas.

La consecución de sus objetivos profesionales depende de la calidad de los cuidados que ofrezcan a la población y esa calidad, está íntimamente relacionada con el uso del método científico y de información científicamente contrastada. En este proceso precisamente consiste la EBE y puede, y debería ser usado, como instrumento para aumentar la calidad y la eficiencia de los cuidados, lo cual redundaría en la mejora del servicio profesional a la población.

El objetivo de la aplicación de la EBE debería ser empoderar (hacer competentes) a las enfermeras, pero no como un valor en sí mismo sino con el objeto de mejorar la salud y el bienestar de los individuos y por ende de mejorar la acción social. Desde un punto de vista hermenéutico la EBE, daría capacitación a los profesionales para que provocaran una transformación psicológica, social y cultural en la que el individuo, como ser biopsicosocial que es, pudiera recuperar el sentido humanístico

que viene perdiendo desde hace décadas en manos de distintas corrientes ideológicas, como la postmodernidad encarnada actualmente en el neoliberalismo, que al final lo han relegado a ser una mera pieza en una sociedad consumista, de entretenimientos banales y sometida a ideologías externas.

La práctica basada en evidencias, tal y como la entendemos, se está construyendo a partir del doble paradigma, aparentemente opuesto, cuantitativo o positivista y cualitativo o fenomenológico. En realidad, ambas dimensiones son complementarias y ayudan a entender mejor la realidad del paciente, de su familia o de los propios sistemas de salud. Desde nuestro punto de vista, es imposible hallar una verdad absoluta e inamovible incluso en el terreno científico más estricto. De ahí que la fenomenología confiera una visión más adecuada para el estudio de los factores que influyen en la utilización de la EBE por las enfermeras ya que, intervienen múltiples factores tanto sociales como individuales. Desde una perspectiva fenomenológica intentaremos revelar el significado esencial de las experiencias de las enfermeras favoreciendo a través de la descripción y la interpretación de los fenómenos un análisis crítico-reflexivo sobre nosotros mismos.

Para alcanzar los objetivos de esta tesis, consistentes en conocer cómo perciben las enfermeras los factores favorecedores y obstaculizadores de la implementación de una PBE, hemos creído adecuado abordar la investigación tanto desde un prisma cuantitativo como desde el paradigma cualitativo sustentado en la teoría y la perspectiva fenomenológica, ya que, tal como hemos explicado más arriba, coincide con el objetivo remoto de empoderarlas con el fin de que sus cuidados profesionales puedan conducir a los individuos a una mayor consciencia de su esencia y consecuentemente hacia un modelo de sociedad más feliz.

CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Pregunta de investigación

¿Cuáles son los factores que influyen en la adopción de la práctica basada en la evidencia científica en las enfermeras de Atención Primaria?

3.1.1. Objetivo general

Delimitar los factores que las enfermeras de Atención Primaria perciben como moduladores de la adopción de una Práctica Basada en la Evidencia.

3.1.2. Objetivos específicos

Conocer el concepto y la actitud que las enfermeras de AP tienen ante la PBE identificando diferencias según las características de los profesionales como género, edad, experiencia y categoría profesional (enfermeras asistenciales y enfermeras gestoras).

Describir qué factores perciben las enfermeras de AP como favorecedores y obstaculizadores para la utilización e implementación de una PBE.

Explorar cómo perciben las enfermeras de AP el entorno laboral y sus relaciones con el resto de profesionales que conforman el EAP respecto a la PBE.

Conocer cómo perciben las enfermeras de AP la gestión de la Institución en relación con la PBE.

Indagar cómo se perciben las enfermeras a sí mismas en relación con la PBE, su capacidad y recursos, y sus perspectivas de futuro respecto a ella.

Identificar las intervenciones que las enfermeras de AP creen oportunas para mejorar la implementación de una PBE.

3.2. Metodología

Este estudio está incluido en una línea de investigación sobre EBE, llevada a cabo por el grupo de Investigación en Evidencia, Estilos de vida y Salud de la Universitat de les Illes Balears (UIB) y del Instituto Universitario de Investigación en Ciencias de la Salud (IUNICS). Forma parte de un proyecto de investigación titulado “Factores que determinan la práctica clínica basada en la evidencia en enfermeras de hospital y atención primaria de Baleares. Propuesta de elementos de facilitación a partir del modelo PARIHS” (ver Anexo 1) cuyo objetivo era establecer un diagnóstico de los factores que las enfermeras perciben como determinantes de la Práctica Clínica Basada en la Evidencia (PCBE) en las diferentes organizaciones, tanto a nivel de sus estructuras de apoyo como de las características de sus profesionales.

El estudio se realizó en el ámbito hospitalario y en el de AP y, a fin de alcanzar los objetivos planteados, se diseñaron dos fases exploratorias una cuantitativa y una segunda fase de carácter cualitativo a fin de profundizar, desde una perspectiva fenomenológica en los resultados de los cuestionarios utilizados en la primera fase. Este proyecto de investigación ha contado con una ayuda del Ministerio de Ciencia e Innovación (Fondo de Investigaciones Sanitarias Instituto De Salud Carlos III) dentro del programa de Acción Estratégica en Salud en el marco del Plan Nacional I+D+I (2008-2011) que se ha desarrollado durante los años 2010 y 2011. En esta tesis se analizarán los resultados de las fases cuantitativa y cualitativa en el ámbito de AP.

3.2.1. Fase cuantitativa

3.2.1.1. Diseño y participantes

Para la primera fase de la investigación se diseñó un estudio observacional transversal multicéntrico, tomando como población de estudio las 619 enfermeras de plantilla de AP en el año 2009 en el Servicio de Salud de las Islas Baleares, distribuidas en 57 CS, a las que se encuestó con los instrumentos EBPQ y PES-NWI ya descritos en detalle en el capítulo 2 de esta misma tesis (Figura 1). Estos dos cues-

tionarios fueron validados en España dentro de la primera fase cuantitativa de este mismo estudio (De Pedro et al., 2011).

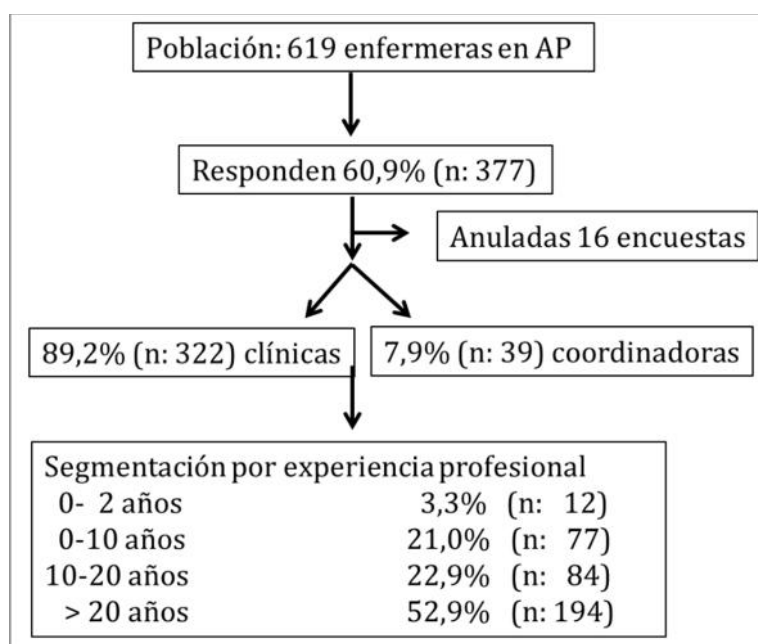


Figura 1: Recogida de muestra y segmentación por años de experiencia profesional. AP: Atención Primaria AH: Atención Hospitalaria

3.2.1.2. Recogida de datos

En esta primera fase las enfermeras recibían de forma personalizada una carta de presentación del proyecto, con la solicitud de participación, y un consentimiento informado (ver Anexo 2) garantizando el total anonimato en el tratamiento de la información en cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal. Una vez contestados, los cuestionarios eran introducidos en un sobre cerrado y entregado a los diferentes miembros del equipo investigador por parte de los responsables de las unidades.

Para evaluar el entorno de la PBE se utilizó el cuestionario PES-NWI. Las variables se resumen en 31 ítems agrupados en 5 factores: participación de la enfermera en asuntos del CS; fundamento enfermero de la calidad de los cuidados; capacidad, liderazgo y apoyo a las enfermeras por parte de los gestores enfermeros; dimensión de la plantilla y adecuación de los recursos humanos; y relaciones entre médicos y enfermeras. (ver Anexo 4). En este cuestionario cada ítem se valora en una escala del 1 al 4 siendo 4 la mejor puntuación.

Para valorar el conocimiento, uso y actitudes de los profesionales hacia la PBE se usó el cuestionario EBPQ que consta de 24 ítems estructurados en tres factores: práctica, actitud y conocimientos y habilidades de los profesionales ante una PBE. (ver Anexo 5). En este cuestionario cada ítem se puntúa en una escala del 1 al 7 siendo 7 la mejor valoración.

Se consideraron otras variables como: categoría profesional (enfermeras clínicas y enfermeras gestoras) y años de ejercicio profesional.

3.2.1.3. Análisis de resultados

La estrategia de análisis de los resultados consistió en una exploración de los datos descriptivos de la muestra, análisis bivalente con pruebas paramétricas y no paramétricas, en función de la naturaleza de las distribuciones, (correlación, ANOVA, Kruskal-Wallis, chi cuadrado) y multivalente (regresión múltiple con análisis de la independencia mediante estadístico de Durbin-Watson, homocedasticidad mediante asociación entre residuos y pronósticos tipificados, normalidad a través del histograma de residuos tipificados y linealidad, con gráficos de regresión parcial). Para profundizar más en el objetivo del estudio y analizar las posibles diferencias en función de las características de los profesionales y de los entornos en los que ejercen, se construyeron dos modelos de regresión. El primero, encaminado a indagar el efecto de los entornos en la práctica basada en la evidencia de los profesionales, tal y como se había previsto inicialmente y el segundo, con el propósito de explorar más a fondo los resultados que se obtuvieron en el análisis bivalente de notables diferencias entre centros en el NWI.

En el primer caso, se tomaron como factores de ajuste la edad, el sexo, los años de experiencia laboral, la categoría profesional (asistencial o gestión) y como factores del entorno, el tipo de centro, la puntuación global del NWI, así como sus dimensiones; como variable dependiente se usó la puntuación total del EBPQ. En el caso del modelo para explorar diferencias en el NWI entre centros, se incluyeron como variables explicativas aquellas que en el análisis bivalente habían mostrado algún indicio de relación, seleccionando finalmente como variables explicativas la categoría profesional (asistenciales y gestores) y la puntuación total del EBPQ, así co-

mo el sexo, la edad y la experiencia profesional (agrupados en 0-2 años; entre 2-10 años; entre 10-20 años y > 20 años de experiencia profesional). Como variable dependiente se tomó la puntuación total del NWI. Todos los análisis se realizaron con niveles de confianza del 95% ($p=0,05$) y con el paquete estadístico PASW 18.0.

3.2.2. Fase cualitativa

3.2.2.1. Diseño

En la segunda fase, la metodología de investigación escogida para cubrir los objetivos de esta investigación fue cualitativa exploratoria mediante técnicas de grupo focal de enfermeras de AP. Se analizó el discurso de las enfermeras desde la perspectiva de la fenomenología con el fin de evidenciar el origen, actitudes, causas percibidas, creencias y opiniones acerca de los factores que les influyen en el uso de EBE en su práctica clínica, muchos de ellos ya identificados en el estudio cuantitativo previo. Esta metodología nos facilitó una mayor comprensión de los aspectos que están en el mundo subjetivo de las enfermeras, y nos permitió entender el cómo de la permanencia y la transformación de muchas prácticas (Conde, 2002).

Se eligió la técnica del grupo de discusión con el fin de dilucidar el origen y las causas de los problemas y opiniones detectadas en los cuestionarios cuantitativos a través del análisis y la interpretación de los discursos de los profesionales implicados. En palabras de Jesús Ibáñez, *“las técnicas cuantitativas investigan el sentido producido (los hechos). La técnica del grupo de discusión investiga el proceso de producción de sentido, que no es más que la reproducción de la unidad social de sentido, y en ello reside su valor técnico”*. Es decir a partir del análisis e interpretación de los discursos obtenidos se llega al origen de unidades de sentido de los contenidos manifiestos del discurso, es como invertir el sentido de la producción de los discursos (Pérez-Andrés 2002).

Creo importante distinguir aquí entre los términos grupo focal y grupo de discusión ya que, en origen, algunos autores distinguen entre uno y otro término, mientras que otros más recientes consideran que es indiferente. Explicaré primero las diferencias que algunos autores argumentan. En el grupo focal la persona que modera el grupo se sirve de un guión de preguntas relacionadas con el objetivo de la

investigación que son unidades de sentido prefijadas por las personas que realizan la investigación. Esto lo convierte en una especie de entrevista semiestructurada y dirigida, que busca con preguntas las respuestas del grupo (como en la metodología cuantitativa). Por el contrario, al realizar un grupo de discusión se asume que los participantes en el mismo tienen las respuestas a los objetivos planteados en la investigación aunque ellos mismos no lo saben, no son conscientes de ello. El moderador debe producir el discurso del grupo, dejándole hablar dirigiendo el discurso pero procurando no formular preguntas directas que siempre serán respondidas a nivel racional o consciente. Tras obtener el discurso, la labor del investigador es llevar a cabo el proceso contrario al de la formación de las unidades de sentido que el grupo ha expresado y que el investigador encuentra en su análisis, a fin de interpretar su origen y con él su sentido y su contenido latente. Con ello podremos conocer las representaciones sociales o imaginario del colectivo representado en el grupo de discusión acerca de cualquier tema habiendo intervenido lo menos posible en el discurso de los sujetos que las aportan (Pérez-Andrés, 2002; Cornejo & Salas, 2011).

En la práctica lo cierto es que estas diferencias son mínimas hasta el punto que en el contexto anglosajón han pasado a denominarse indistintamente como *focus groups*. Las principales diferencias vienen marcadas por el origen de la técnica. Así, mientras que el grupo de discusión está fundamentado en la investigación motivacional iniciada desde la psicología clínica o terapéutica, los grupos de discusión fueron utilizados inicialmente para la investigación en estudios de mercado sobre nuevos productos por lo que la estructura de la entrevista era mucho más dirigida (Valles, 2005). Pese a todo, en el grupo de discusión también puede incluirse un guión semiestructurado siempre y cuando se vaya modificando en función de las respuestas de los participantes en el grupo de discusión. Las diferencias entre uno y otro son muy sutiles y radican principalmente en el papel que el moderador ejerce durante la discusión. En nuestro estudio nos referiremos a los grupos como “grupos de discusión” pero se estructuró un guión de entrevista orientativo con preguntas semiestructuradas para dirigirlo, que se iba adaptando según el discurso del grupo (Tong, Sainsbury, & Craig, 2007).

3.2.2.2. Muestreo y participantes

Atendiendo a la población estudiada en AP y de acuerdo con la variable de categoría profesional, formamos cuatro grupos de discusión de enfermeras asistenciales seleccionados según los años de profesión y uno formado por coordinadoras de enfermería de distintos Centros de Salud de Mallorca.

La segmentación inicial por años trabajados de los grupos de enfermeras asistenciales, basándonos en las variables utilizadas en el estudio cuantitativo previo y sus resultados, consistió en un primer grupo de enfermeras con menos de 2 años de experiencia profesional, un segundo grupo de enfermeras entre 2 y 10 años de experiencia, un tercer grupo de entre 10 y 20 años y finalmente un cuarto grupo con más de veinte años de experiencia profesional. En todos ellos se pedía un mínimo de seis meses trabajados en AP, no sólo en horarios de urgencias sino como parte del EAP (Figura 2).

Al planificar la captación de los grupos nos dimos cuenta de que en AP resultaba casi imposible hacer un grupo de enfermeras de 0 a 2 años que conozcan la dinámica de la organización, es decir, que lleven seis meses trabajando en los CS, no sólo haciendo guardias de urgencias. Achacamos este problema a los traslados de enfermeras del hospital a AP que ha habido en los últimos años y a los planes de austeridad debidos a la crisis económica que han hecho del medio hospitalario un entorno con más oportunidades de trabajo, por lo que muchos sustitutos jóvenes, habituales de AP, se habían ido a trabajar al hospital. Por otro lado, y debido a esos mismos traslados, nos encontrábamos con que el grupo de enfermeras de más de 20 años de experiencia profesional no era para nada homogéneo sino que estaba formado por enfermeras muy distintas entre sí, unas tenían un recorrido profesional hospitalario, habiéndose incorporado a AP como mucho hacía 4 años y las otras habían desarrollado su vida profesional casi exclusivamente en AP o se habían trasladado desde el hospital en los inicios de la AP en Mallorca. Ponerlas en el mismo grupo podía ser contraproducente para que emergieran los contenidos latentes, objetivo principal de nuestra investigación, ya que el riesgo era que se formasen dos bandos de opiniones opuestas sin discurso fluido (Serbia 2007). Tampoco nos planteamos, como se ha hecho en otros estudios similares (Calderón et

al., 2011), segmentar por conocimientos sobre EBE ya que no se habían impartido recientemente cursos sobre EBE en nuestro entorno como para justificar esta segmentación.

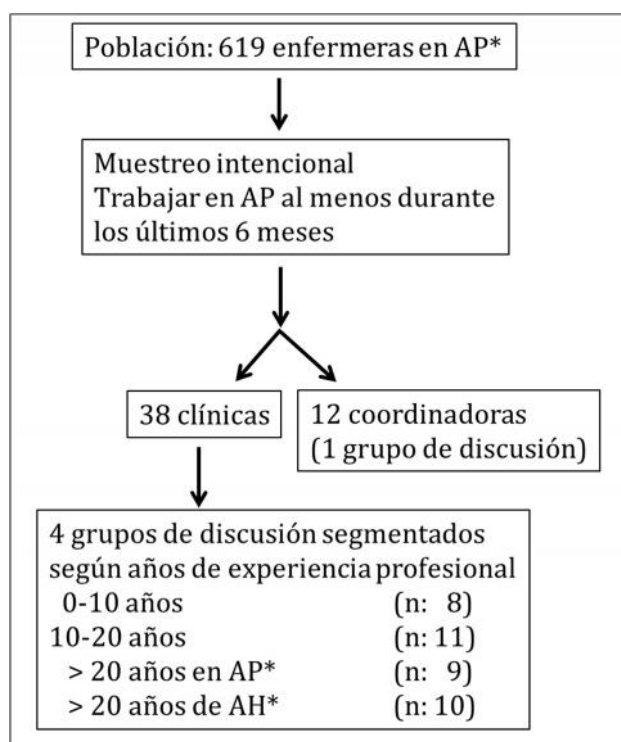


Figura 2: Recogida de muestra y segmentación por años de experiencia profesional. AP: Atención Primaria AH: Atención Hospitalaria

Tras plantearnos la situación y debatirlo en el grupo de investigación decidimos reorganizar la segmentación inicial y realizar los siguientes grupos de discusión:

- 1.- Un grupo de coordinadoras de enfermería
- 2.- Enfermeras con menos de 10 años de experiencia profesional en AP: pensamos que este grupo podría ser interesante ya que, aunque serían enfermeras sin plaza fija en AP, incluiría enfermeras que son sustitutas desde hace años en AP y que por tanto, conocen varios CS con lo que podrían aportar una visión más rica ya que conocen bien la organización y desde un punto de vista muy distinto a enfermeras con plaza fija o que llevan años en el mismo CS.
- 3.- Enfermeras que contaran entre 10 y 20 años de experiencia profesional en AP.

- 4.- Enfermeras con más de 20 años de vida profesional desarrollada en AP: En este grupo estarían “las históricas”, las que llevan toda la vida en AP, profesionales cuya aportación puede ser muy valiosa ya que muchas de ellas han asistido a los inicios de la AP en Mallorca y han ejercido cargos de gestión.
- 5.- Enfermeras con más de 20 años en la profesión y que vinieron a AP en los dos últimos traslados de hospital. Esto nos permitiría contrastar dos grupos de segmentación iguales en cuanto a años en la profesión enfermera pero con visión distinta por su formación y su recorrido profesional.

Según los criterios ampliamente consensuados, en la metodología cualitativa con grupos de discusión se estableció que el número de participantes de cada grupo debería ser de un mínimo de cinco personas y un máximo de quince, considerando el número ideal alrededor de 10 participantes, por lo que la meta fue captar 12 participantes para cada grupo (Tong et al., 2007). Al realizar la captación se informó a los participantes de que los grupos de discusión tendrían una duración de dos horas como máximo y se grabarían en audio.

En la captación de enfermeras para los grupos, tuvimos algunas dificultades inesperadas, ya que muchas de ellas lo entendían como un examen y decían no estar preparadas sobre este tema, la mayoría desconocían la metodología cualitativa por lo que no entendían bien lo que se les pedía, algunas decían abiertamente que no se fiaban de que lo que dijeran no fuera a trascender a oídos de los gestores, etc. Fueron estas mismas circunstancias las que nos hicieron plantear la conveniencia de elaborar un guión para el grupo de discusiones basándonos en los cuestionarios EBPQ y PES-NWI, utilizados en la fase cuantitativa de este estudio, (ver Anexo 6), a fin de que no perdieran el hilo del objetivo de la investigación. Se hizo necesario también aclarar la naturaleza independiente del estudio y resaltar que no se pretendía en forma alguna evaluar los conocimientos sobre EBE de los participantes. Estas dificultades se refieren también en otros estudios similares (Calderón et al., 2011). Así, la captación resultó bastante trabajosa aunque prácticamente todos los que participaron manifestaron después su satisfacción y su deseo de repetir estos grupos ya que sólo con tener la oportunidad de expresar su opinión y discutir sobre el tema ya se sentían recompensadas.

Para la captación, la dirección de enfermería de AP facilitó los listados de las enfermeras segmentados por los años de profesión y se procedió a su captación a través del correo electrónico y llamadas telefónicas. Previamente se había informado del estudio a las coordinadoras de enfermería de los 57 Centros de Salud incluidos en el estudio.

3.2.2.3. Recogida de datos

Los grupos fueron dirigidos por una socióloga especializada en salud y un observador, que formaba parte del equipo investigador y que tomaba notas sobre las actitudes de los participantes en el grupo, lenguaje no verbal y clima del grupo. La socióloga instruyó al grupo investigador y en especial a los observadores explicándoles qué debían registrar e insistiendo en que no debían tomar parte activa en la discusión, sólo observar y tomar notas, ser prácticamente invisibles (ver Anexo 7). Se eligió a cada observador de forma que no fuera conocido por los participantes del grupo de discusión a observar para no sesgar las opiniones. Los grupos de discusión tendrían una duración de dos horas como máximo y se grabarían en audio. Se realizarían en horario laboral con el permiso de la Gerencia de AP (GAP) y en un local no relacionado con la misma a fin de que se sintieran con la máxima libertad posible para expresar sus opiniones.

Se realizaron un total de cinco grupos de discusión integrados por enfermeras de AP, cuatro de enfermeras asistenciales, segmentados por años de experiencia en AP, y uno de coordinadoras de enfermería según los criterios antes expuestos. Los grupos se llevaron a cabo en los meses de noviembre y diciembre de 2010, se realizaron en una institución no relacionada con AP a fin de que los participantes se sintieran más cómodos y la duración de los grupos fue de dos horas. El guión de los grupos de discusión se fue modificando a lo largo de la investigación para adaptarlo a la dinámica de los grupos y cubrir campos de información y circunstancias no previstas en los temas iniciales. Todos los grupos fueron grabados en formato digital de voz y dirigidos por una socióloga y un observador perteneciente al equipo investigador. Ambos tomaban notas de campo que cotejaban y verificaban tras la realización del grupo. También se tomaban datos sociodemográficos de los componentes de cada grupo (ver Tabla 8 en el capítulo de resultados) y firmaban un

consentimiento informado (ver Anexo 2). Los grupos se transcribieron entre enero y marzo de 2011 por la misma persona que dirigió los grupos añadiendo las notas de campo del observador a fin de garantizar una transcripción fiel que no sólo transmitiera el texto sino las emociones y el clima reinante en el grupo.

3.2.2.4. Análisis de resultados

Entre abril y mayo de 2011 se procedió a la triangulación de los grupos realizando un análisis temático a través de un proceso inductivo de codificación. A fin de garantizar el rigor y la credibilidad del análisis, cada grupo fue examinado independientemente por tres investigadores. En una primera lectura de los datos y mediante este proceso de triangulación, fueron identificados temas y categorías emergentes. La reducción de datos se llevó a cabo a través de un juego de claves estableciendo relaciones y analogías (Milne & Oberle 2005). Con el fin de identificar patrones de temas que comparten características comunes, los investigadores los agruparon en categorías y subcategorías (Elo & Kyngas 2008) que fueron sometidos a discusión con los otros dos investigadores, hasta que se obtuvo la estructura de codificación final. Después, los investigadores iban analizando las categorías obtenidas con el fin de determinar una única estructura final para cada grupo de discusión (Hsieh & Shannon 2005). Así, cada grupo de discusión se codificó en cuatro ocasiones, tres veces por tres investigadores de forma independiente y una cuarta vez, resultante de la sesión de codificación conjunta para la obtención de un consenso. En el proceso de análisis se utilizó la herramienta informática de soporte Atlas.ti 6.0.

3.3. Consideraciones éticas

Para ambas fases del estudio, se solicitó y obtuvo autorización y conformidad del Comité Ético de Investigación Clínica de las Islas Baleares (CEIC-IB, ver Anexo 3). La participación en el estudio fue totalmente voluntaria. Todas las enfermeras que participaron en los grupos fueron informadas de la posibilidad de abandonar el estudio en cualquier momento o fase que lo desearan, sin necesidad de explicar al equipo investigador los motivos. Asimismo firmaron un consentimiento informado (ver Anexo 2), donde, entre otras cosas, se les explicaba la sistemática de grabación de las reuniones. A fin de mantener la confidencialidad de la información sobre los

participantes, se les explicó que en las transcripciones de los grupos no se utilizarían sus nombres ni ninguna referencia a centros de salud u otras que pudieran orientar acerca de la identidad de los participantes. Asimismo fueron informados de que sólo la persona que realizaría la transcripción de los grupos escucharía la grabación y de que los apuntes y notas que en cada grupo tomaba el observador eran anónimos y confidenciales.

El equipo investigador se comprometió a cumplir estrictamente la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (Jefatura del Estado, 1999), garantizando a los participantes en este estudio que podrán ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos recogidos ante el investigador principal. En todo momento el equipo investigador se comprometió a respetar los principios éticos de la investigación en ciencias de la salud establecidos a nivel nacional e internacional, poniendo especial atención en el anonimato de los participantes y en la confidencialidad de los datos recogidos.

CAPÍTULO 4. DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS

Los resultados expuestos han sido difundidos a través de las publicaciones y presentaciones a congresos que se relacionan a continuación:

Artículos

Susana González-Torrente, Jordi Pericas-Beltrán, Miguel Bennasar-Veny, Rosa Adrover-Barceló, José M Morales-Asencio, Joan De Pedro-Gómez. Perception of evidence-based practice and the professional environment of Primary Health Care nurses in the Spanish context: a cross-sectional study. *BMC Health Services Research* 2012, 12:227 (31 July 2012) (Anexo 8).

Pericas-Beltran, J., Gonzalez-Torrente, S., De Pedro-Gómez, J., Morales-Asencio, J.M. and Bennasar-Veny, M. (2014). Perception of Spanish primary healthcare nurses about evidence-based clinical practice: a qualitative study. *International Nursing Review*, 61: 90–98. doi: 10.1111/inr.12075 (Anexo 9).

Susana Gonzalez-Torrente, Miquel Bennasar-Veny, Jose M. Morales-Asencio, Joan De Pedro-Gómez, Jordi Pericas-Beltran. Research as a basis for evidence-based clinical practice: a qualitative study of the views of primary care nurses. Enviado a *Worldviews on Evidence-Based Nursing* (Anexo 10).

Presentaciones a congresos

González, S.; Adrover, R.; Miguélez, A.; Bennassar, M.; Pericàs, J.; Artigues, G. Análisis por parte de las enfermeras de Baleares de los entornos de práctica hospitalaria y de atención primaria mediante el cuestionario PES-NWI. V Reunión Internacional de Investigación en Enfermería. VII Reunión Internacional de Enfermería Basada en la Evidencia Granada, 12-15 abril 2011. Granada (ESPAÑA).

González-Torrente, S.; Seguí-González, P.; Pericas-Beltrán, J.; Bennassar-Veny, M.; de Pedro-Gómez, J.; Miguélez-Chamorro, A. Determinantes del uso de la evidencia científica en el trabajo de las enfermeras de Atención Primaria. V Congreso Ibero-Americano de Pesquisa Qualitativa em Saúde 11-13 Outubro 2012, Lisboa (PORTUGAL).

Seguí-González, P.; González-Torrente, S.; Miguélez-Chamorro, A.; Gómez-Picard, P.; Adrover-Barceló, R.; Rodríguez-Calero, M.A. Dificultades al realizar grupos de discusión formados por enfermeras en investigación cualitativa. V Congreso Ibero-Americano de Pesquisa Qualitativa em Saúde 11-13 Outubro 2012, Lisboa (PORTUGAL).

González-Torrente, S.; Seguí-González, P.; Adrover Barceló, R.; Miguélez-Chamorro, A.; Gómez-Picard, P.; de Pedro-Gómez, J.; Barreras para el uso de la evidencia científica percibidas por las enfermeras de Atención Primaria de Mallorca. VIII Congreso de la Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria. 2n Congrés de l'Associació Balear d'Infermeria Comunitària. III Encuentro Nacional de EIR de Enfermería Familiar y Comunitaria. 8-10 Mayo 2013, Palma de Mallorca (España).

González-Torrente, S.; Seguí-González, P.; Pericás Beltrán, Jordi; de Pedro-Gómez, J.; Dificultades percibidas por enfermeras de Atención Primaria de Mallorca para el uso de evidencia científica. I Congreso Virtual- IX Reunión internacional Enfermería Basada en la Evidencia. Cuidados y tecnología: una relación necesaria. Granada, 21-22 noviembre 2013(España).

RESULTADOS DE LA FASE CUANTITATIVA

En la fase cuantitativa de este estudio el número de cuestionarios recibidos fue de 377 a partir de una población de 619 enfermeras, lo que corresponde a un porcentaje de participación del 60.9%.

El 86,2% (n=324) fue cumplimentado por mujeres y el 13,8% (n=52) restante, por hombres. La población tenía una media de experiencia profesional de 20,9 años. La media de edad fue de 44,5 años DE: 10,8 (IC95%: 43,4-45,6). En los hombres (n=52) la media fue de 43,8 años, DE: 10,6 (IC95%: 40,8-46,7) y en las mujeres (n=310) de 44,6 años, DE: 10,9 (IC95%: 43,4-45,8).

El 56,6% (n=213) de la población estudiada tenían hijos. El 75,4% de la misma (72,0% de los hombres y el 76,0% de las mujeres) declararon vivir sin pareja estable. El 98,1% (n=361) eran diplomados frente al 1,9% (n=7) de licenciados.

En la Tabla 1 se describe la composición de la muestra según sexo, categoría profesional y años de ejercicio.

Tabla 1: Composición de la muestra según sexo, categoría profesional y años de experiencia profesional.

	Enfermera asistencial		Coordinadora de enfermería		Total	
	n=322 (89,2%)		n=39 (13,8%)		n=377	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
	47 (14,6)	274 (85,4)	4 (10,3)	35 (89,7)	52 (13,8)	324 (86,2)
Experiencia						
0-2 años	2 (4,3)	10 (3,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (3,9)	10 (3,2)
>2-10 años	12 (26,1)	56 (20,9)	0 (0,0)	4 (11,4)	12 (23,5)	65 (20,6)
>10-20 años	8 (17,4)	56 (20,9)	2 (50,0)	17 (48,6)	10 (19,6)	74 (23,4)
>20 años	24 (52,2)	146 (54,5)	2 (50,0)	14 (41,0)	27 (52,9)	167 (52,8)
	46 (100)	268 (100)	4 (100)	39 (100)	51 (100)	316 (100)

En la Tabla 2 pueden verse la valoración total y de los distintos factores del EBPQ y del PES-NWI. Respondieron a los dos cuestionarios un total de 377 enfermeras.

Tabla 2. Valoración total y de los distintos factores del EBPQ y del NWI.

	Puntos	DE	IC 95%
EBPQ total	112,7	20,8	(110,6 - 114,8)
Práctica	27,7	7,5	(26,0 - 28,5)
Actitud	21,1	3,9	(20,7 - 21,5)
Conocimientos/Habilidades	63,9	13,3	(62,6 - 65,3)
NWI total	80,4	15,1	(78,9 - 82,0)
Participación	21,7	5,7	(21,1 - 22,3)
Fundamento	26,2	5,5	(25,7 - 26,8)
Apoyo gestores	15,6	3,8	(15,2 - 16,0)
Plantilla adecuada	8,8	3,1	(8,5 - 9,1)
Médico/enfermera	8,1	2,4	(7,8 - 8,4)

En la Tabla 3 se refleja el análisis global del EBPQ por categoría profesional donde existe una diferencia significativa ($p=0,008$) a favor de las coordinadoras de enfermería sobre las enfermeras asistenciales, manteniéndose esta diferencia sólo para el factor “Actitud”.

Tabla 3. Valoración del EBPQ total y de sus factores según categoría profesional.

Factor (*V max)	Categoría profesional	Media	IC al 95%		DE	p
			Límite inferior	Límite superior		
Práctica (42)	Enfermera asistencial	27,5	26,6	28,3	7,7	
	Coordinadora de enfermería	28,2	26,1	30,2	6,3	
Actitud (28)	Enfermera asistencial	20,8	20,4	21,3	4,0	<0,008
	Coordinadora de enfermería	22,6	21,3	23,9	3,9	
Conocimientos/Habilidades (98)	Enfermera asistencial	63,3	61,8	64,7	13,6	
	Coordinadora de enfermería	65,8	62,3	69,4	11,0	
EBPQ total (168)	Enfermera asistencial	111,5	109,2	113,8	21,1	
	Coordinadora de enfermería	116,6	110,8	122,4	18,0	

Quando no hay significación estadística se ha omitido el valor de p. Respondieron válidamente 322 enfermeras asistenciales y 39 coordinadoras de enfermería.

Respecto al nivel de competencia profesional percibido por las enfermeras para desarrollar una PBE, medido con el cuestionario EBPQ, se encontraron diferencias significativas intragrupo en la puntuación global en función de los años de experiencia profesional ($p=0,018$). En el examen de cada uno de los tres factores que conforman el EBPQ (práctica, actitud y conocimientos/habilidades), se mantuvieron las diferencias significativas en el factor “Conocimientos/habilidades” ($p=0,023$). Obtuvieron mejores puntuaciones los profesionales con menor experiencia grupo “0-2 años” frente al grupo “>20 años”. En la Tabla 4 se ve reflejada la evaluación de los cuestionarios en estos aspectos.

Tabla 4. Valoración del EBPQ total y de sus factores según distintos grupos de años de ejercicio profesional.

Factor (*V max)		Media	IC al 95%		DE	p
			Límite inferior	Límite superior		
Práctica (42)	Intergrupos	27,6	26,8	28,4	7,5	0,065
	0 a 2 años	32,7	29,8	35,6	4,6	
	2 a 10 años	28,3	26,9	29,7	6,1	
	de 10 a 20 años	26,9	24,9	28,8	8,9	
	>20 años	27,3	26,3	28,4	7,5	
Actitud (28)	Intergrupos	21,0	20,6	21,5	4,0	0,094
	0 a 2 años	22,3	20,1	24,5	3,5	
	2 a 10 años	21,2	20,4	22,0	3,7	
	de 10 a 20 años	21,8	21,0	22,5	3,5	
	>20 años	20,6	20,0	21,2	4,2	
Conocimiento/ Habilidades (98)	Intergrupos	63,8	62,5	65,2	13,4	0,023
	0 a 2 años	72,3	66,4	78,2	9,3	
	2 a 10 años	66,1	63,1	69,2	13,5	
	de 10 a 20 años	63,9	61,4	66,5	11,9	
	>20 años	62,4	60,4	64,33	13,9	
EBPQ total (168)	Intergrupo	112,5	110,3	114,6	20,8	0,018
	0 a 2 años	127,3	117,4	137,0	15,4	
	2 a 10 años	115,6	111,1	120,1	19,8	
	de 10 a 20 años	112,5	108,2	116,9	20,1	
	>20 años	110,3	107,3	113,3	21,3	

Se aplicó el test de Anova de 1 factor. Cuando no hay significación estadística se ha omitido el valor de p. *Vmax: valor máximo del factor o del cuestionario.

En la Tabla 5 vemos los resultados obtenidos por el PES-NWI al confrontar la puntuación global obtenida en función de los años de experiencia profesional. Sola-

mente se observa una diferencia significativa ($p<0,027$) intergrupo en el factor “Relación médico/enfermera”.

Tabla 5. Valoración del NWI total y de sus factores según distintos grupos de años de ejercicio profesional.

Factor (*V max)		Media	IC al 95%		DE	p
			Límite inferior	Límite superior		
Participación (36)	Intergrupo	21,6	21,0	22,2	5,7	
	0 a 2 años	23,3	20,3	26,4	4,8	
	2 a 10 años	22,0	20,7	23,4	6,1	
	de 10 a 20 años	21,5	20,4	22,7	5,4	
	>20 años	21,4	21,1	22,3	5,8	
Fundamento (40).	Intergrupo	26,1	25,6	26,7	5,5	
	0 a 2 años	29,3	26,0	32,5	5,1	
	2 a 10 años	26,2	24,9	27,5	5,7	
	de 10 a 20 años	25,5	24,3	26,6	5,4	
	>20 años	26,2	25,4	27,0	5,4	
Apoyo de gestores (20)	Intergrupo	15,5	15,1	15,9	3,8	
	0 a 2 años	16,1	13,3	18,9	4,4	
	2 a 10 años	16,2	15,4	17,0	3,5	
	de 10 a 20 años	15,6	14,8	16,4	3,6	
	>20 años	15,2	14,6	15,8	4,0	
Adecuación de la plantilla (16)	Intergrupo	8,8	8,4	9,1	3,2	
	0 a 2 años	8,8	7,2	10,3	2,5	
	2 a 10 años	8,4	7,8	9,1	2,9	
	de 10 a 20 años	8,8	8,1	9,4	3,1	
	>20 años	8,9	8,4	9,4	3,3	
Relación médico/enfermera (12)	Intergrupo	8,1	7,9	8,4	2,4	<0,027
	0 a 2 años	8,3	7,9	10,6	2,2	
	2 a 10 años	8,2	7,6	8,7	2,4	
	de 10 a 20 años	8,6	8,1	9,1	2,3	
	>20 años	7,8	7,5	8,1	2,4	
NWI total (124)	Intergrupo	80,2	78,6	81,7	15,0	
	0 a 2 años	86,7	78,3	95,0	13,2	
	2 a 10 años	80,1	77,8	84,2	14,1	
	de 10 a 20 años	79,9	76,7	83,2	15,0	
	>20 años	79,5	77,3	81,7	15,4	

Se aplicó el test de Anova de 1 factor. Si no hay significación estadística se ha omitido el valor de p.

En el análisis de puntuación global del PES-NWI, según el tipo de categoría profesional, aquellas enfermeras que desempeñan funciones de gestión, presentan puntuaciones superiores con una diferencia significativa ($p=0,004$), manteniéndose esta diferencia a favor de las coordinadoras de enfermería en los cuatro factores:

“Participación en los asuntos del centro”, “Fundamento enfermero de la calidad de los cuidados”; “Dimensión de la plantilla y adecuación de los recursos humanos”; no existiendo diferencias significativas en los factores de “Capacidad”, “Liderazgo y apoyo a las enfermeras por parte de los gestores enfermeros” y “Relaciones entre médicos y enfermeras”. Estos resultados se pueden consultar en la Tabla 6.

Tabla 6. Valoración del NWI total y de sus factores según categoría profesional.

Factor (*V max)	Categoría profesional	Media	IC al 95%		DE	p
			Límite inferior	Límite superior		
Participación (36)	Enfermera asistencial	21,3	20,6	21,9	5,7	0,001
	Coordinadora de enfermería	24,5	23,0	26,1	4,9	
Fundamento (40)	Enfermera asistencial	25,9	25,2	26,5	5,6	0,010
	Coordinadora de enfermería	28,3	26,9	29,7	4,4	
Apoyo de los gestores (20)	Enfermera asistencial	15,4	15,0	15,9	3,9	0,116
	Coordinadora de enfermería	16,5	15,7	17,3	2,5	
Adecuación de la plantilla (16)	Enfermera asistencial	8,7	8,3	9,0	3,2	0,037
	Coordinadora de enfermería	9,8	8,7	10,8	3,3	
Relación médico/enfermera (12)	Enfermera asistencial	8,2	7,9	8,4	2,4	0,309
	Coordinadora de enfermería	7,7	7,0	8,5	2,2	
NWI total(124)	Enfermera asistencial	79,4	77,7	81,0	15,2	0,004
	Coordinadora de enfermería	86,8	82,9	90,7	11,9	

Respondieron de forma válida 322 enfermeras asistenciales y 39 coordinadoras de enfermería.

Tanto en el EBPQ como en el PES-NWI no se dan diferencias significativas entre hombres y mujeres al ser considerados sus valores globales ni tampoco al ser desglosados por factores, años de ejercicio, ni por el hecho de tener hijos o no (datos no presentados).

El análisis multivariante, que puede verse en la Tabla 7, reveló una relación significativa entre NWI, años de experiencia profesional (la edad fue eliminada debido a

su colinealidad con el número de años de experiencia) y el nivel de la práctica basada en la evidencia, con una capacidad explicativa del 30%.

Tabla 7. Regresión múltiple con el EBPQ como una variable dependiente y los que están en la primera columna como variables predictoras.

	Coeficientes no estandarizados	Coeficientes tipificados	Significación	IC al 95%	
				Límite inferior	Límite superior
(Constante)	77,050		0,000	57,284	96,816
NWI total	0,337	0,236	0,000	0,188	0,487
Género	-2,302	-0,039	0,460	-8,428	3,824
Categoría profesional	1,171	0,036	0,491	-2,170	4,512
Años de experiencia profesional	-0,733	-0,377	0,004	-1,230	-0,236

RESULTADOS DE LA FASE CUALITATIVA

Se realizaron cinco grupos de enfermeras de AP, cuatro de enfermeras asistenciales y uno de coordinadoras de enfermería por lo que su discurso es claramente diferente en algunos aspectos. La composición final y los datos sociodemográficos de cada uno de los grupos de discusión se recogen en la Tabla 8.

A modo de resumen podemos afirmar que en los grupos el clima en general fue distendido y de complicidad, en casi todas las cuestiones se llegaba a un acuerdo general tras una discusión constructiva. La mayoría de los participantes fueron mujeres y más de la mitad habían cursado un master, una licenciatura o algún curso de postgrado exceptuando el grupo de enfermeras con más de veinte años de experiencia provenientes del hospital y el de enfermeras con experiencia entre 0 y 10 años, donde la proporción fue 4 de 9 y 3 de 8 respectivamente. El grupo en el que más formación postgrado se había realizado fue en el de enfermeras con más de veinte años de experiencia en AP donde 8 de las 9 enfermeras habían cursado un master, una licenciatura o un postgrado.

Tabla 8. Composición y datos sociodemográficos de los grupos de discusión.

Grupo	Número de enfermeras	Género		Edad	Años trabajados	Estudios de grado superior
		Hombres	Mujeres	<i>Media (rango)</i>	<i>Media (rango)</i>	
Coordinadoras	12	3	9	44 (34-47)	20 (12-22)	8
0-10 años de experiencia	8	2	6	32 (27-41)	6 (1-10)	3
10-20 años de experiencia	11	1	10	38 (34-44)	17 (12-20)	6
>20 años de experiencia provenientes de hospital	9	2	7	49 (42-60)	26 (21-32)	4
>20 años de experiencia en AP	10	1	9	54 (51-58)	32 (29-34)	9

*Se entiende por estudios de grado superior haber cursado otra licenciatura, master y/o postgrado universitario.

Del análisis del discurso de los distintos grupos de discusión resultaron seis familias que se definen a continuación:

- 4.1. Conceptualización de la evidencia:** Lo que las enfermeras entienden por enfermería basada en la evidencia.
- 4.2. Requisitos para investigar:** Medios que las enfermeras consideran necesarios para investigar.
- 4.3. Relaciones interprofesionales:** Alusiones de los participantes a las relaciones con los otros profesionales del EAP.
- 4.4. Relaciones con la Institución:** Relaciones de las enfermeras con la organización para la que trabajan referentes a aspectos varios.
- 4.5. Percepción negativa de la profesión:** Matices negativos de la profesión enfermera en general percibidos por el grupo.
- 4.6. Visiones de futuro respecto a EBE:** Expectativas profesionales respecto a la EBE.

A continuación se exponen los resultados con las categorías y subcategorías que se hallaron en cada familia, su definición y los *verbatim*s más significativos.

4.1. Conceptualización de la evidencia

En esta familia se incluyeron todas las verbalizaciones que emergían en el discurso de las enfermeras y que nos dejaban entrever su concepto de EBE tanto de forma consciente, al formular por ejemplo una definición de EBE, como inconsciente, al confundir en algunos momentos términos que parecían claros (Figura 3).

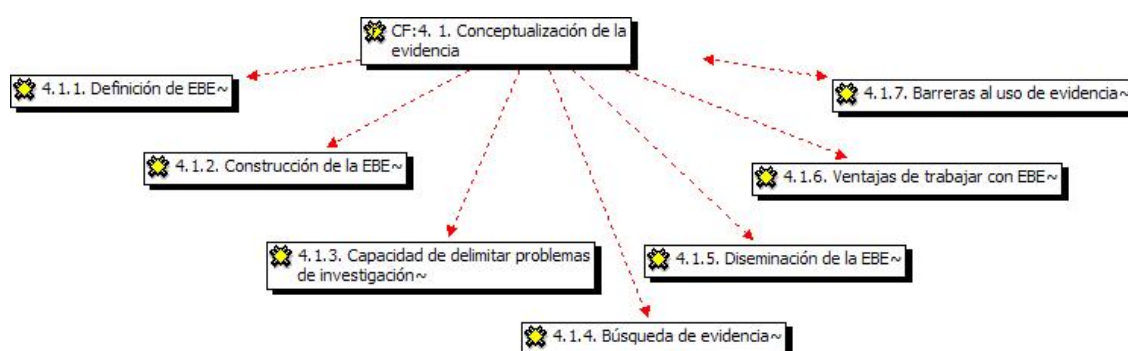


Figura 3. Familia “Conceptualización de la Evidencia”

4.1.1. Definición de Enfermería Basada en la Evidencia (EBE)

Cómo definen EBE en sus propias palabras.

Para centrar la discusión y asegurarnos de que todos los participantes en los grupos sabían de qué se hablaba se les planteó que definieran con sus propias palabras el concepto de EBE. A este respecto las mejores definiciones se obtienen en los grupos que llevan trabajando en AP de manera continuada desde prácticamente el inicio de sus carreras.

X1: Bueno, me imagino que es, que hace referencia a la enfermería, pues que nuestras actuaciones sean fruto de una investigación, que no sean fruto del azar, de lo que me han dicho.

X2: Bueno sí, es esa rama que nació de la medicina basada en la evidencia que hace referencia a toda aquella parte de la enfermera que tenga un fundamento clínico, ¿no? Demostrado. Ya sea por una revisión sistemática o por un estudio equis, etcétera.

Grupo de 10 a 20 años de experiencia

X3: Bueno, yo pienso que tendría que ser el presente y creo que aún no lo es, pero creo que lo será. Yo creo que bueno, la enfermería basada en la evidencia o la práctica asistencial basada en la evidencia es realmente aquella que está basada o que está documentada en datos científicos o datos elaborados a través de algún estudio científico, ¿no?.

Grupo de más de 20 años de experiencia en AP

En el grupo de coordinadoras también se alcanzó la definición acertada de forma rápida y consensuada.

X9: Bueno, evidenciar pues es información bien documentada, que se ha hecho una búsqueda y que está evidenciado, que científicamente se han hecho muchas revisiones, se han hecho estudios de investigación y la información es evidenciada.

Grupo de coordinadoras

El grupo de los más jóvenes, enfermeras con una experiencia entre 0 y 10 años en AP, define el concepto de forma aceptable pero algo confusa.

X6: Es eso, una actividad que se ha demostrado que cuando se repite así casi siempre puedes obtener esos mismos resultados, que si lo haces de otra manera, es que tampoco no hay mucho más. Si es que ya lo ha explicado el compañero, la verdad.

Grupo de 0 a 10 años de experiencia

La definición menos acertada se obtiene del grupo proveniente de hospital, que han trabajado en el ámbito de AP entre los últimos 2 y 4 años pero cuyo recorrido profesional, de más de 20 años de experiencia, ha sido hospitalario. La definición errónea es, en este grupo, apoyada por la gran mayoría, pese a que uno de los participantes trate de corregir el error en un momento dado sin demasiada seguridad:

X7: Una manera de trabajar que en vez de estar documentada se transmite del boca a boca o de la compañera que tienes o de quién puedes confirmar prácticas o cosas de una manera oral más que escrita.

X6: Que trabajas comprobando resultados. Quiero decir que la evidencia es que, si por ejemplo un procedimiento se está viendo con el tiempo que

está dando buenos resultados eso es lo que, en base a esto trabajas.

X5: Yo al pensarlo, que no sé exactamente lo que es, pensaba si esto significa que está basado en una evidencia científica, que está ya comprobado y estudiado. Pensaba que iba por esa línea. Pero lo desconozco.

Grupo de más de 20 años de experiencia provenientes de AH

4.1.2. Construcción de la EBE

Cómo entienden las enfermeras que se elabora o se genera la EBE.

En cuanto a la construcción de la evidencia, en todos los grupos se llegó a la conclusión de que la construcción de la evidencia se lleva a cabo a través de la investigación. Esta conclusión fue rápida y consensuada en todos los casos.

M: ¿Y cómo crees que se construye la evidencia?

X4: Investigando, me imagino yo. Haciendo investigación, supongo.

Grupo de 10 a 20 años de experiencia

X6: Ensayo error.

X7: Así es como normalmente se construye pero no debería ser así.

X4: Hombre, ensayo error respaldado por unos estudios clínicos precedentes y con un trabajo de laboratorio supongo que bastante profundo. O sea, cuando en realidad a nosotros nos llegan las cosas para empezar a utilizarlas estas cosas han tenido anteriormente un período de prueba, exacto.

Grupo de 0 a 10 años de experiencia

X1: Pues no sé, buscando grupos de trabajo o trabajos, todos estos trabajos pues no es porque lo diga una fulanita sino porque a lo mejor han estado en contacto con otros hospitales, con otras unidades de trabajo y ellos ven que se llegan a unos acuerdos, se hacen unos protocolos y después de aquí sale un trabajo y después esto evidencia que esta manera es la correcta.

Grupo de más de 20 años de experiencia provenientes de AH

4.1.3. Capacidad de delimitar problemas de investigación

Los participantes en el grupo proponen temas relacionados con la práctica clínica que les motivan para investigar.

En todos los grupos se delimitaron problemas concretos sobre los cuales los participantes estarían interesados en hacer investigación. Pese a que los temas propuestos son muy diversos en función de los intereses de cada participante, la pregunta o el tema en el que les gustaría centrarse aparece claramente delimitado y entran en esta discusión con entusiasmo haciendo distintas propuestas orientadas a medir y mejorar su trabajo diario.

X1: Pues yo en asma sobre niños, por ejemplo. Es una cosa que, que vienen muchas urgencias y a lo mejor explicando también el tratamiento con inhaladores y esto nos ahorraríamos mucho y a lo mejor calmaríamos a los padres y a las madres que son los más importantes.

Grupo de 0 a 10 años de experiencia

X2: Yo haría sobre el aumento de enfermedades de transmisión sexual en los jóvenes de nuestra comunidad. Porque cada vez les damos más información, más recursos pero no se ponen el preservativo y me gustaría analizar por qué, no sólo el preservativo, ¿no? Porque hay otros métodos para que no lo hagan, a ver como podemos cambiar, como podemos reestructurar.

X4: Yo de inmigración me gustaría hacer.

X1: Inmigración, también es importante.

X4: Porque si, nosotros tenemos mucha población inmigrante y, más que nada conocer un poco lo que ellos hacen, les damos mucha información pero no, yo tengo claro que la mitad de las cosas que les decimos no las entienden y entonces tampoco las aplican. Me gustaría ver un poco qué hacen realmente.

X4: A mí me gustaría evaluar un poco la eficiencia de las consultas de enfermería porque siempre parece que estamos en el ojo de mira.

Grupo de 10 a 20 años de experiencia

X9: (...)investigar sobre cómo están comiendo los bebés y los pequeñitos y la gente extranjera que parece que comen mal porque no tienen dinero pero al mismo tiempo comen mal porque es cultural y están todos hechos un lío tanto los nativos como los no nativos, por muchos problemas económicos, y supongo que por problemas culturales y que sería un trabajo para hacer de, bueno a domicilio, de visitar la cocina. Nosotros vemos que en el trabajo diario nos afecta en el estado de salud del niño, sobre todo en menores de seis años. Yo creo que sería un trabajo para hacer muy interesante. Apoyado por la crisis económica que creo que tiene mucho, mucho que ver en esta zona que está afectando más que en otros sitios.

Grupo de más de 20 años de experiencia en AP

X8: Estamos haciendo el taller de cuidadores y me gustaría poder evaluar al cabo de un tiempo de haber impartido el curso si realmente hemos mejorado los conocimientos o la práctica de los cuidadores, por ejemplo.

X9: Yo creo que eso es muy positivo.

X8: Y de tabaco, de tabaco se podría hacer. Vamos a las escuelas a hacer talleres y a lo mejor se podría hacer un seguimiento de, no sé, si les hemos influido un poco...

Grupo de más de 20 años de experiencia provenientes de AH

4.1.4. Búsqueda de evidencia

Fuentes de evidencia más utilizadas para resolver dudas que surgen en el ejercicio profesional. Como fuentes de búsqueda de evidencia surgieron: la experiencia previa, consulta al compañero con el que se está trabajando o a “expertos”, búsqueda en *Google* o *Fisterra*, consulta a revistas y/o GPC y consultas a la institución o al proveedor del producto.

4.1.4.1. Experiencia previa

Bagaje de experiencia profesional propia obtenido en la aplicación, generalmente empírica, de determinados procedimientos o soluciones a situaciones concretas que ellas mismas han vivido en iguales circunstancias.

Algunas enfermeras explican que al encontrarse con un problema en su práctica diaria que no pueden resolver tratan, en primer lugar, de buscar en su propia experiencia pasada alguna situación similar con la que se hayan encontrado. Este primer paso solamente fue nombrado en el grupo de coordinadoras.

X2: Hombre depende del tipo de problemas, así de entrada pues uno suele hacer un análisis de qué conoce del tema, de experiencia anterior y que expectativas tiene.

Grupo de coordinadoras

4.1.4.2. Preguntar al compañero

Bagaje de experiencia profesional, no necesariamente basado en la evidencia, comunicado por el compañero/a con el que trabajan.

En el resto de los grupos, el primer paso que siguen las enfermeras al encontrarse con un problema en su práctica diaria es preguntar al compañero. El primer recurso que se nombra en todos los grupos y el más utilizado es el de preguntar, en primera instancia, al compañero con el que se está trabajando en el momento en que surge la duda.

X4: Y además es que, aunque a veces la información nos llega por diferentes medios, es casi la mejor forma en que nos llega. Porque yo por ejemplo puedo tener una práctica al aplicar un determinado tratamiento pero mi compañero a lo mejor me dice oye, pues yo aplico esto y me va bien. A lo mejor empiezo a aplicarlo yo también y veo que me da resultado.

Grupo de 0 a 10 años de experiencia

X3: Yo consulto normalmente con los compañeros. Y si no me vale pues vía internet o libros que tenga. Pero si es “in situ” con los compañeros.

X1: Lo más rápido normalmente son los compañeros. Y después ya si no te queda claro pues o te metes en internet o recurres a cursos que has hecho o miras que hay sobre el tema.

Grupo de 10 a 20 años de experiencia

X2: (...)si la necesidad es inmediata porque tienes una duda muy concreta en la realización que estás haciendo pues lo precisas ya y recurres al compañero ya, en el momento de trabajo.

Grupo de más de 20 años de experiencia en AP

4.1.4.3. Compañeros “expertos”

Compañeros/as que por su experiencia, estudios, investigaciones, prestigio, etc. son consideradas especialistas, formales o informales, en estos temas.

Una de las variantes de preguntar al compañero que surgió en cuatro de los cinco grupos realizados fue la de consultar a un compañero que ellos consideraban como experto en el tema sobre el cual les surgía la duda. El único grupo que no habló de este factor fue el de 0 a 10 años de experiencia.

X2: (...)miro si en el centro hay alguna persona que lleve un programa relacionado con el problema o tenga unos conocimientos especiales (...)

X4: (...)así de principio una técnica normalmente a algún compañero con más experiencia o que sepas que sabe más o que domine más ese tema.

Grupo de coordinadoras

X4: Bueno, pero siempre hay gente interesada más en un tema y, yo que sé, por ejemplo en mi centro hay una que está en el protocolo este de (...)que se sabe un montón pues aprovechamos lo que tenemos.

Grupo de 10 a 20 años de experiencia

X8: Yo también, inmediatamente, el que tienes al lado que sabes que tiene más experiencia.

Grupo de más de 20 años de experiencia en AP

En el grupo de enfermeras con experiencia de más de 20 años que provienen del hospital se apela a la experiencia del compañero experto y apuntan que dada su anterior vida profesional en hospital, tienen “contactos” a los que aún consultan.

X2: De todas maneras nosotros siempre tenemos contactos. Yo por ejemplo sé que en Son Dureta siempre pues hay una persona que sabe muchísimo de (...)pues le llamo, por ejemplo.

X2: Exacto, X. Tenemos expertos y también pues te diriges a ellos.

Grupo de más de 20 años de experiencia provenientes de AH

4.1.4.4. Preguntar al proveedor del producto

Consultar al representante de la empresa o laboratorio fabricante de los productos sobre las dudas existentes.

Algunos de los participantes nombraron como fuentes de evidencia para resolver las dudas en la práctica diaria preguntar al proveedor del producto o realizar una consulta telefónica institucional, pero fueron casos aislados poco respaldados por el resto del grupo.

X6: A veces, yo que sé, si es un apósito, pues vienen los de laboratorio y te dan pues mira si tienes alguna duda, si quieres preguntar algo sobre el producto nos llamas, y eso sí...

Grupo de 0 a 10 años de experiencia

4.1.4.5. Consulta telefónica institucional

Telefonar a gabinete técnico o docente, a la gerencia o a cualquier departamento formal de la organización.

X9: Pero lo de las vacunas funciona también por teléfono. Que, cuando tenemos una duda, de llamar a Consellería y normalmente te atienden y siempre te contestan aunque nos surjan muchas dudas de vacunaciones y normalmente funciona. Con Sanidad es mejor el teléfono.

Grupo de más de 20 años de experiencia en AP

4.1.4.6. Consulta *Google*

Buscar la resolución de las dudas clínicas en *Google*.

Los grupos que no mencionaron utilizar las GPC o los protocolos como evidencia en caso de duda fueron el grupo de 10 a 20 años de experiencia y el de 0 a 10 años, que nombraron recursos disponibles en *internet* tales como *Google*, bases de datos, revistas de enfermería *online* y *Fisterra*.

X1: *Google*.

X4: *Google. (Ríen)Es que por ejemplo en el medline te metes a buscar y el medline es muy amplio, por ejemplo.*

Muchos: *Sí, sí.*

Grupo de 0 a 10 años de experiencia

4.1.4.7. Consulta a revistas

Buscar la resolución de las dudas clínicas en revistas científicas.

Se hizo referencia a las revistas científicas pero consultándolas en formato electrónico, nunca en papel, a través de bases de datos.

X4: *Y sino eso también, a través de Google lo intentamos mirar en revistas de enfermería.*

Muchos: *Sí, sí.*

Grupo de 0 a 10 años de experiencia

4.1.4.8. Bases de datos

Resolución de los problemas clínicos que surgen, en bases de datos.

X2: *¡Ah yo no!. Yo Google ya no. Últimamente, pero bueno, poca cosa, me meto ya en biblioteca virtual, me voy a CINAHL y hago una búsqueda, intento hacer una búsqueda...*

Grupo de 10 a 20 años de experiencia

4.1.4.9. Consulta a *Fisterra*

Web de consulta clínica con apartados con GPC y ayuda en consulta de AP tanto médica como de enfermería.

El grupo que más recursos en *internet* nombró fue el de coordinadoras de enfermería de AP y la página más nombrada para consulta la de *Fisterra*.

X9: (...) *Si es algo, si tiene que ser algo rápido será Fisterra y si tengo un rato más buscaré en el Joanna Briggs, por ejemplo, que es una página de evidencia bastante fiable y recomendada.*

Grupo de coordinadoras

X9: *Pues yo a veces, no sé, me meto en Fisterra, que soy muy aficionada y si no al que tengo al lado. Pero si no tengo a nadie primero me meto en Fisterra.*

Grupo de más de 20 años de experiencia provenientes de AH

4.1.4.10. Guías de práctica clínica (GPC)

Resuelven las dudas consultando GPC del *Servei Balear de Salut* o de otras comunidades autónomas e instituciones sanitarias.

Cuando se les plantea una duda en su práctica diaria, uno de los recursos más consultados son las guías de práctica clínica o los protocolos:

X5: (...) *la gente que tenemos en el equipo es un poco experta en todo, pero cuando hay dudas están los protocolos de atención primaria, son lo primero que miro los protocolos y si no en el Index de enfermería.*

X8: *No puedo añadir nada más. Los compañeros, las guías clínicas y los protocolos.*

Grupo de coordinadoras

Respecto a las guías y protocolos editados por AP de Mallorca o por el *Servei de Salut* de les Illes Balears hay que resaltar que mientras en el grupo de coordinadoras y en el de enfermeras en el Grupo de más de 20 años de experiencia en AP, con-

sideraron que eran útiles como un recurso más, en el de enfermeras que provenían de hospital puntualizaron que los utilizan, pero que a menudo, recurren a los de otras comunidades autónomas.

X2: Pues yo me, me dirijo por ejemplo a guías, ¿eh? De práctica clínica o, si hay en la comunidad que ha habido un consenso de algún tipo de tema, o si no busco de otras comunidades o me voy a buscadores de enfermería, fuentes bibliográficas...

X2: Yo me tenía que dirigir a la del servicio andaluz, si quería darle a alguien algo.

Muchos: Sí, sí, tienen de todo. .

Grupo de más de 20 años de experiencia provenientes de AH

X8: Sí, de todas maneras yo creo que nuestra práctica diaria, nuestros protocolos, se supone que están basados en la evidencia. Quiero decir, que después te puede salir una cosa puntual que en aquel momento tú no sabes, pero suponemos que el protocolo de primaria, como el del niño sano, están basados en la evidencia, y por lo tanto nosotros trabajamos con estos protocolos.

Grupo de coordinadoras

X5: (...) y yo también lo que utilizo y creo que a veces, más de una vez se plantea y lo utilizamos, nos gusten más o nos gusten menos, son nuestros protocolos que tenemos y programas de atención. (...)Acudir, a los protocolos, programas con los que en teoría funcionamos, pues también, es un recurso.

Grupo de más de 20 años de experiencia en AP

4.1.5. Diseminación de la EBE

Cómo se comparte la evidencia clínica con los compañeros/as.

En lo referente a la manera en la que se comparte el conocimiento de nueva evidencia, todos los grupos coinciden en el hecho de que cuentan con un espacio formal dentro de su jornada laboral en el que se realizan sesiones docentes para compartir y actualizar los nuevos conocimientos adquiridos. Pese al consenso en la existencia de esta clase de espacios, en todos los grupos se admite que también se produce una transmisión de conocimientos en momentos informales de la jornada laboral.

4.1.5.1. Informal

Se refiere a cualquier foro o espacio no destinado específicamente a compartir información científica.

X4: Muchas veces el momento de la reunión del café sirve para decir mira, de eso que estuvimos hablando el otro día he encontrado este artículo que tal y tal y...

Muchos: *Sí, sí.*

Grupo de más de 20 años de experiencia en AP

4.1.5.2. Formal

Referido a sesiones regladas o cualquier otro foro o espacio destinado a compartir información científica. En este punto se hallaron dos subcategorías.

4.1.5.2.1. Sesiones por expertos

Sesiones clínicas impartidas por especialistas en el tema. Generalmente personas ajenas al CS donde se realiza la sesión.

Llama la atención en este aspecto el que prefieran las sesiones preparadas por ellas mismas que las que les pueda impartir un experto en el tema que no sea de su centro.

X5: Cuando uno se plantea una duda en el trabajo utilizar una sesión, ¿no? Utilizar una sesión pero, no que venga alguien que sepa mucho y lo dé si no yo, que no sé, voy a buscar y la doy. Yo siempre lo digo y me miran

con cara de rara a veces, pero yo creo que sería una manera para aprenderlo, es decir, tú, con aportaciones de los demás, pero tú. Porque claro, si tú dices de esto no sé, que venga alguien y me lo dé no pones ningún interés, es una cosa pasiva. En cambio si tú buscas ya tienes más interés porque eres tú quien tiene que hacerlo, ¿no? Y creo que es un incentivo, a mí me va muy bien eso.

Grupo de más de 20 años de experiencia en AP

4.1.5.2.2. Sesiones preparadas por cada enfermera

Sesiones clínicas impartidas por las propias enfermeras del CS.

X1: Nosotros por ejemplo, cuando vamos a hacer cursos aprovechamos para hacer sesiones sobre si ha habido algo interesante en algún curso.

Grupo de 10 a 20 años de experiencia

X8:...intentamos después en la sesión compartirlo con las compañeras. (...). Por ejemplo, X9 el otro día nos hizo un taller de suturas porque ella sabe de esto y lo que hacemos pues, aprovechamos lo que has aprendido para compartirlo con los compañeros.

Grupo de más de 20 años de experiencia provenientes de AH

X6: Cada persona se encarga de preparar un tema y decir lo más importante, que a lo mejor si te tienes que leer quinientos protocolos pues al final no te los lees, sinceramente, pero si un día a la semana dices mira, de este protocolo lo más importante es peso, talla y todo el mundo la vacuna, por ejemplo, claro, así es mucho más fácil que todo el mundo se reúna, todo el equipo y normalmente se hace, es que sino ni llegas.

Grupo de 0 a 10 años de experiencia

4.1.5.3. Heterogeneidad intercentros

Se refiere a las diferencias existentes entre los distintos CS respecto a la calidad y cantidad de las sesiones clínicas y otros métodos de difundir EBE.

La heterogeneidad entre los diferentes CS que forman la AP de Mallorca así como la diversidad entre las enfermeras que la conforman fue una de las características que surgió en todos los grupos excepto en el de coordinadoras de enfermería.

X7: Pero a ver, yo que he pasado por varios centros, la diferencia es tan grande. Y en un sitio tienes mucho de una cosa porque uno se ha dedicado o le gusta lo que sea y lo hace muy bien y después vas al de al lado, ¿y esto? Y no tiene ni idea, lo hacen fatal, y en cambio hacen muy bien otra cosa.

Muchos: Sí, sí, sí.

X7: Y entonces piensas, ¿y si los mezclamos? A lo mejor sube todo.

X6: Es aprovechar, es un poco...

X7: ¿Y si nos intercambiamos información?.

Grupo de más de 20 años de experiencia en AP

X4: (...)En nuestro equipo incluso hay gente que encuentra que esto de las sesiones es una tontería, quiero decir...

X2: Sí, es un problema.

X3: Y de más arriba, de la gerencia no hacen nada.

X2: A mí me cuesta a veces, pero bueno llegas a entender que cada uno tiene un momento personal con unas prioridades, yo lo interpreto así, ¿no? Porque yo “vamos a hacer esto, vamos a hacer...” y al momento ves que no, y no es que sean mejores ni peores. Ella está en un momento en el cual pues le basta con hacer su horario y ya está, porque luego tienen detrás una carga que les supera y como encima no te dan ninguna facilidad, para nada.

Grupo de 10 a 20 años de experiencia

X8: (...)Hablo por mí, pero creo que nuestra generación, bueno, muchas de aquí hicimos ATS y después la diplomatura, yo por ejemplo, no estaba nada motivada para el cambio. Ahora a lo mejor, bueno, después cuando te metes sí, pero que te cuesta, te cuesta este cambio nuevo porque nosotras éramos ayudantes del médico y bueno, nos teníamos...

X6: *Era otra filosofía.*

X8: *Era otra filosofía, ¿no? Te lo puedes creer o no, después pues normalmente nos lo hemos creído, lo de que la enfermería es otra cosa, pero claro, cuando estudiamos la formación era tan diferente de la de ahora...investigación ni hablar, ahora ya tienen una base, porque ya tienen que salir, por ejemplo en tercero les hacen hacer pediatría, un proyecto de investigación cuando tú...Dentro de la carrera ya es como una herramienta, un instrumento más de trabajo, además te lo han inculcado pues va más, quiero decir, creo que es más fácil. Yo, la verdad, después cuando veo un estudio, tal, pienso este lo podríamos haber hecho nosotros ¿y como es que no se nos ocurre? Pero cuesta, y ganas..., lo que ha dicho X1, que en tu casa te quedan muy pocas ganas de hacer cosas. Por lo tanto, yo creo que te tienen que potenciar y te tienen que dar las herramientas y el tiempo también para hacerlo, ¿no? Porque no lo puedes dejar todo a la voluntad de la persona.*

Grupo de más de 20 años de experiencia provenientes de AH

X6: *Bueno, y ahí un olé, porque por lo menos cada uno coge el protocolo, venga el de hipertensión arterial, yo voy a dar la sesión clínica y esto es lo más importante porque es que yo he estado en más centros, en muchísimos más y no había esa costumbre.*

Grupo de 0 a 10 años de experiencia

4.1.5.4. Uso de nuevas tecnologías

Utilización de la informática para difundir y compartir dudas y hallazgos respecto a dudas clínicas.

Como elemento diferenciador, en el grupo de enfermeras con más de 20 años de experiencia en AP se hizo referencia a la utilización de nuevas tecnologías para compartir la evidencia y se habló de nuevas experiencias a través de *internet* y varios recursos informáticos, tema que no surgió de forma tan concreta en ninguno de los otros grupos.

X8: *...que es que hay un grupo cerrado, donde podemos colgar todas las cosas...Dudas que tenemos, que van saliendo. Lo que pasa es que no acaba de funcionar muy bien pero era una idea que se me había ocurrido. Tener un grupo interno, como una especie de blog privado, era a través de grupos de Google, con las direcciones de cada uno e ir colgando... A esta página pueden acceder todos los que están invitados ¿no? Y si yo pongo algo de vacunas pues el otro lo puede mirar. Lo que pasa es que no está el hábito aún.*

X4: *Eso está muy bien.*

X8: *Lo que pasa es que los grupos de Google ahora se cierran o sea que...*

X3: *Nosotros en Y tenemos un blog. Tenemos un blog y entonces todo lo que hacemos, las sesiones...*

X8: *Lo he visto.*

X3: *...las sesiones que hacemos y eso van, van allí, colgadas y tenemos acceso a verlo todos.*

Grupo de más de 20 años de experiencia en AP

4.1.5.5. Transferencia de los resultados de la investigación al equipo

Se refiere a la transmisión o no de los resultados en investigación al EAP y de cómo se realiza dicha transmisión.

En algunos grupos las enfermeras consideraron de vital importancia el que los resultados de las investigaciones no sólo se transfirieran al EAP sino que se vieran reflejados en su trabajo diario ya que son ellas quienes aplican los posibles hallazgos a la práctica diaria.

X1: *Y también que viésemos que de eso tendremos unos resultados en nuestro trabajo...en nuestra práctica diaria, que nos produciría una satisfacción en cuanto a...*

X2: *Sí.*

X5: *Claro. Sería el doble de gratificante, es verdad.*

Grupo de 10 a 20 años de experiencia

X6: *Pero las que hagan investigación después se tienen que encargar de dar esta información, por lo que tú has dicho, tú quieres saber, pues el que ha investigado de tu equipo tiene que pasar la información al resto.*

Grupo de más de 20 años de experiencia en AP

X10: (...) *realmente es nuestra responsabilidad que trabajemos con evidencia pero que hay gente experta que tiene el compromiso de darnos esa evidencia y que nosotros la aplicáramos críticamente...*

X4: *Claro, es que nosotros somos los que vamos a realizar...*

X10: *Los que vemos que esto no funciona, que esto no lo puedo hacer ¿no?*

X11: *Oportunidades, oportunidades. (Ríen) Mayor apoyo por parte de la empresa, para empezar no nos aporta esa evidencia científica y esas cosas, parece que todo te lo tienes que buscar tú. Formación actualizada.*

Grupo de coordinadoras

4.1.6. Ventajas de trabajar con EBE

En este punto surgieron múltiples aspectos, algunos comunes a todos los grupos y otros que aparecieron sólo en algunos. El grupo que más ventajas consideró que se podían derivar del hecho de trabajar con EBE fue el de coordinadoras.

4.1.6.1. Unifica criterios

Consideran que ayuda a que todos trabajen de la misma forma disminuyendo así la variabilidad en la práctica clínica.

X10: *Pues yo creo que, hace que todos trabajemos de la misma manera y dar el mejor cuidado.*

X8: *Exacto.*

Grupo de coordinadoras

4.1.6.2. Mejora los cuidados

Consideran que si los cuidados impartidos a los pacientes estuvieran basados en la evidencia aumentaría la calidad de su trabajo y la seguridad del paciente.

X3: Y obtener los mejores resultados.

X10: Sí, y obtener los mejores resultados para un determinado procedimiento.

X9: Si tú utilizas la evidencia creo que darás unos cuidados más adecuados a la persona.

Grupo de coordinadoras

X6: Yo es que también pensaba, coincidía bastante con lo que ha dicho X4. Con lo de que la evidencia científica también nos ayuda a entender un poco porqué hacemos las cosas de una determinada manera y que a veces también, sólo para añadir, nos puede ayudar a hacer cambios, ¿no? Que son necesarios. Pero que también tenemos poca formación, eso también tengo que decir que nos falta bastante.

Grupo de más de 20 años de experiencia en AP

4.1.6.3. Disminuye la necesidad de recursos

Consideran el trabajo basado en evidencia hace que se utilicen mejor el tiempo y los materiales de forma que el trabajo resulta más eficaz.

X3: Con menores recursos.

X9: Con menos recursos obtener mejores resultados.

X10: Sí.

Grupo de coordinadoras

4.1.6.4. Revaloriza la profesión enfermera

Consideran que el basar el trabajo en la evidencia aporta rigor científico a la labor enfermera de forma que podría contribuir a la mejora de la imagen profesional que la sociedad tiene de las enfermeras.

X1: Yo creo que también le da más valor y refuerza la profesión, ¿no? Es un respaldo cuando tú dices, trabajamos con un método científico, ¿no? O sea, que está muy bien lo intuitivo y tal, ha funcionado durante muchos años, no hay que descartarlo pero también hay este método científico que nos respalda, ¿no? y le da más peso, más valor a la profesión.

Grupo de coordinadoras

4.1.6.5. Proporciona un respaldo legal

Consideran que, al tener una base científica sólida y unificada sobre cómo trabajar, se cuenta con un respaldo legal.

X12: Yo creo que es verdad que nosotros la intuición la llevamos hasta... (Ríe) pero sí que creo que debería darse un cambio y proponernos lo de basarnos en algo, "mire, yo me he basado en lo último que hay", pero si es que "a mí me parecía que esto porque tal". O sea que yo creo que acostumbrarnos a trabajar en una evidencia hará que estemos más respaldados y lo que yo hago pues a lo mejor no va a misa porque después vendrá otro que dirá que no, pero hoy por hoy es esto y yo hice esto y con eso puedo ir a donde sea.

Grupo de coordinadoras

4.1.6.6. Ayuda a la sistematización de la información

Piensan que puede ayudar a mejorar el registro de información clínica ya que al homogeneizar el trabajo basándolo en la evidencia, sería más fácil establecer registros comunes.

X5: Sí, lo haces sobre la marcha, muchas veces lo haces y no lo plasmas ¿no? Pero lo estás haciendo. Eso ayudaría a plasmar lo que tú estás haciendo.

Grupo de 0 a 10 años de experiencia

4.1.6.7. La mejora de la motivación y la creatividad

Consideran que la PBE supone un reto y un estímulo para aumentar la calidad en el trabajo de forma que puede estimular la creatividad y suponer una motivación para mejorar en el trabajo.

X7: Sí, yo también lo creo, cuando ves a la gente que hace, también te dan ganas de hacer cosas. Cuando vas a otro sitio que la gente está acomodada y que pasa de todo, van a pasar las horas y punto...

X4: Tanto por el responsable del centro como por...

X7: Por todo el sistema.

X4: (...)por el sistema en general.

X5: Yo creo que es el sistema el que te motiva, sino...

X4: Sí. Dependiendo como estés de a gusto pues actuarás de una forma o de otra.

Grupo de 0 a 10 años de experiencia

X5: Desmotivan.

X2: Te lo planteas, ¿eh? Desmotivan, claro que sí. Me encantaría basar todo mi trabajo en evidencia. Sería feliz de poder investigar en mi trabajo y me encantaría y que cuando me haga una pregunta, que me ha dicho el dietista que ésto no, tú dirías bueno, ¿y eso por qué? ¿no?

Grupo de 10 a 20 años de experiencia

X8: Claro. Yo si viese que lo que estoy haciendo está funcionando, a mí me incentiva o si puedo ver lo que estoy haciendo y me llega la información de lo que estoy haciendo.

Grupo de más de 20 años de experiencia en AP

X8: También estaríamos más motivadas si participáramos.

Grupo de más de 20 años de experiencia provenientes de AH

X7: *A la gente le falta la formación.*

X5: *Nos sirve la evidencia científica si individualizamos en cada persona ¿no? Y yo pondría un ejemplo, cualquier curso que se monte la gerencia se llena de gente en seguida, o sea, la gente está dispuesta a aprender y está dispuesta a...*

Muchos: *Sí, es verdad, es verdad.*

Grupo de coordinadoras

4.1.6.8. Elevación de la autoestima profesional por creación de demanda

Consideran que los pacientes reconocen al profesional que trabaja bien utilizando PBE y solicitan su atención por lo que aumenta la demanda a los buenos profesionales suponiendo un estímulo.

X2: *(...)Nosotros por ejemplo ahora hacemos educación para la salud en el (nombre de instituto) y es verdad, es muy gratificante, con los jóvenes lo pasamos muy bien. Creo que es algo que tenemos que hacer porque realmente ellos lo piden no es solo que nosotros queramos, ¿no? Ellos dicen ¿y cuando volveréis? Y cuando haces una pequeña evaluación, pues ellos piden más cosas, pero, quiero decir que la percepción de esto es que sí que lo estamos haciendo, es verdad, pero realmente con esto ¿A dónde vamos?.*

Grupo de 10 a 20 años de experiencia

X10: *Hombre que el paciente nos lo reconoce, ¿eh?, yo pienso que es un reconocimiento profesional.*

X5: *El paciente lo reconoce ciegamente, ¿eh?*

X7: *Y es más satisfactorio también para los profesionales, porque ves unos resultados que por ejemplo en el hospital esto no pasa, en el hospital tú ves al enfermo hoy y ...*

Grupo de coordinadoras

4.1.6.9. Da sentido de identidad al profesional

Consideran que la EBE contribuye a crear conciencia de lo que significa ser enfermera y cuáles son sus competencias.

X5: (...)como mí a veces me ha pasado, te dicen, no importa ir al médico tú me das esto... ¡Eps!, no yo no soy médico, yo eso lo tengo muy claro que soy y que no soy. Aquí cada uno con lo suyo. Ah, porque total y el médico y tú me conoces de tantos años, venga. Y digo no, no, vas al médico. Pero me da autonomía.

X2: También todos, no sé, nos referimos a autónomos en nuestras competencias.

Grupo de 10 a 20 años de experiencia

X1: Pero eso es como si no supiéramos o no encontráramos cual es exactamente nuestro lugar porque lo podemos hacer todo y después queda poco reconocido. (...)Yo creo que hay mucha diferencia entre unas y otras, ¿eh? Creo que deberíamos saber dónde están nuestros márgenes, dónde están nuestros límites...Que nosotros lo sepamos claramente y que sepamos cuando hacemos bien nuestro trabajo, saber que este es nuestro trabajo y que lo estamos haciendo bien. La evidencia nos apoyaría en este sentido.

Grupo de más de 20 años de experiencia en AP

4.1.6.10. Confiere responsabilidad profesional ante el paciente

Sentimiento expresado de que el basar las decisiones clínicas en la EBE respalda el trabajo de la enfermera confirmando coherencia profesional ante el paciente.

X5:(...)Entonces, yo me tengo que documentar. Yo tengo que dar una respuesta a esta persona que viene y, y me pregunta esto de la A, porque yo sé que hubo mucha información el año pasado sobre la gripe A, pues yo me tengo que informar, ¿no?

X10: Pero no es, ya no es la motivación es la responsabilidad. O sea, por-

que ella dice en una planta, yo hace mucho que no estoy en hospital, pero muchísimo, pero lo que tú dices es verdad que una enfermera en un hospital no tiene la potestad que tenemos en atención primaria, aquí existe más libertad para...

Grupo de coordinadoras

X1: Hemos hecho muchísimas, muchas cosas que a lo mejor en el hospital pues no, no, no... Quiero decir, sabías lo que era un diabético y ponerle la insulina y, y poco más...

X4: Conocías tu círculo.

X1: Pero explicarle a un paciente diabético lo que tiene que hacer, lo que no tiene que hacer, qué tiene que comer ... Todo eso, yo creo que quien más, quien menos, esto nos ha costado, reciclarnos, estudiar y volver a, a...

X9: (...)nunca he estado cinco años en el mismo servicio, precisamente por eso, porque me aprovecho de que mi profesión no tiene especialidad, pues para ser aprendiz de todo y maestro en nada. Y es lo que me motiva, es lo que me motiva.

Grupo de más de 20 años de experiencia provenientes de AH

X5: Al final del día decir bueno ¿qué he visto hoy yo que se puede cambiar? ¿O qué he visto hoy que funciona mejor que a lo mejor lo que se ha protocolizado? ¿No? Pues esto, que sea parte del día.

X3: Pero luego con esto, tendría que haber una puesta en común.

X5: Con todos los demás, sí..

Grupo de 0 a 10 años de experiencia

4.1.7. Barreras al uso de evidencia

Circunstancias o características que impiden o dificultan la construcción y/o aplicación de EBE.

En cuanto a las barreras que las enfermeras identificaban con respecto a la utilización e introducción de nueva evidencia en su práctica diaria, se detectaron dos grandes grupos: barreras del entorno y de la propia persona.

4.1.7.1. Barreras del entorno

Son circunstancias externas a la propia enfermera, referidas tanto al entorno de trabajo como de estudios o formación.

En el análisis de este apartado codificamos siete circunstancias, con diferente medida de acuerdo, que las enfermeras identificaron como problemas del entorno.

4.1.7.1.1. Falta de conocimientos de metodología en evidencia

Consideran que no hay formación en metodología de EBE. Esta percepción surgió en todos los grupos.

X5:(...)Nos cuesta primero el cambio, después el formarme yo para hacerlo y después, y también yo estoy seguro de que todo el mundo está predispuesto a hacerlo, ahora ¿y si me sale mal? ¿y si soy incapaz de hacerlo?.

Grupo de coordinadoras

X5: Es que claro tenemos información por otros sitios que, compañeros, tenemos cajones llenos de todo, el que no se informa es porque no quiere, porque realmente información hay.

Grupo de 0 a 10 años de experiencia

X2: (...)pero, quiero decir que la percepción de esto es que sí, que lo estamos haciendo, es verdad, pero realmente con esto ¿a dónde vamos? ¿estamos haciéndolo bien? ¿hay cambios? ¿sirve para algo?

X5: Claro, pero creo que vale la pena que lo sigas haciendo, yo creo que sí Yo creo que sí, pero no lo tienes identificado y cuantificado como algo científico.

Grupo de 10 a 20 años de experiencia

X8: Por ejemplo, yo tengo una duda y lo busco y tú tienes otra y la buscas

y ella tiene... y vamos, llegamos a la misma conclusión. Cuatro personas han estado buscando eso al mismo tiempo.

X6: Y a lo mejor ya lo teníamos.

Grupo de más de 20 años de experiencia en AP

X4: Pero no tenemos tiempo, ni sabemos.

Grupo de más de 20 años de experiencia provenientes de AH

4.1.7.1.2. Falta de hábito

Expresan su opinión de que no hay costumbre de trabajar con EBE.

Esta barrera fue considerada en tres grupos. Cabe destacar que fueron los grupos de enfermeras más experimentadas los que apuntaron esta falta de costumbre de consultar y utilizar EBE comparándose incluso con otros profesionales como si entre las enfermeras fuera casi tradicional consultar entre compañeros. Además se relacionó el problema con la falta de recursos de tiempo, formación y apoyo.

X9: Yo creo que nos falta manejar, practicar un poco más entre búsquedas y bases de datos...

X10: No estamos acostumbrados.

X9: Porque cuando no haces una cosa te cuesta más y cuando empujas te lo hace más fácil y parece que falta un poquito de esto. Y creo que si se piden sesiones y eso creo que, no creo que pongan problemas.

Grupo de coordinadoras

X5: ¿Qué si estamos cerca o no de hacer PBE? Yo creo que estamos bastante lejos. No tenemos hábito, no tenemos formación y, y básicamente pues estamos un poquito lejos. A lo mejor en un futuro sí, pero ahora...

Grupo de más de 20 años de experiencia en AP

X4: Porque no tenemos los procedimientos escritos.

X3: Porque no tenemos tampoco el hábito de haberlo hecho.

X9: No, no dudamos, estamos acostumbrados a decir es que esto es así y punto pelota hasta que se demuestre lo contrario. Nosotros no, no estamos acostumbrados a hacer eso de comprobar. Cualquier otro profesional ni se le ocurre hacer lo que me dijo mi vecino. Se guía por lo que está escrito en los libros.

Grupo de más de 20 años de experiencia provenientes de AH

4.1.7.1.3. Falta de criterio fijo

Consideran que existen contradicciones entre los profesionales sanitarios (no sólo enfermeras/os).

Esta barrera fue considerada en dos de los grupos -en el de coordinadoras y en el de enfermeras con más de 20 años de experiencia profesional provenientes de hospital- de forma especialmente extensa. En el grupo de coordinadoras por los problemas de diferencias de criterio con el hospital.

X5: (...)lo que nos viene impuesto, “Es que me ha dicho el especialista en el hospital que me las tiene que dar” ¿Qué haces?

X8: Yo también me he encontrado que a veces de un mismo aspecto puede haber dos corrientes que piensan diferente y también en atención primaria como organismo tiene que tomar una decisión de cual adopta como la más correcta.

(...)

X11: Pero hasta que no te lo demuestre estamos en un proceso continuo y si yo no empiezo a actuar sobre la evidencia no cambio.

X12: ¿Cómo que no? Si yo estoy acostumbrada a seguir la evidencia y para mí esta evidencia es ésta, hasta que viene otro y me dice no, tal, está documentado tal, no sé qué y demuestra.

Grupo de coordinadoras

En el grupo de enfermeras con más de 20 años de experiencia que provenían del hospital también surgió esta barrera haciendo alusión a la presión de los especia-

listas hospitalarios, pero también a la de los propios pacientes y compañeros y asimismo, a la falta de documentación científica escrita, lo que les provocaba un clima de inseguridad.

X7: La misma gente empuja, te dice es que ayer me lo curaron de otra manera, y llega un momento que, no sé si por necesidad pero lo llegas a buscar...

X7: Yo creo que se trata de documentar de manera uniforme y por escrito, (...)hablando todos el mismo idioma, para decirlo de alguna manera, porque yo pienso que todas hacemos lo mismo pero a la hora de sacar la evidencia científica, ¡claro! lo expresamos a lo mejor de diferente manera. Si lo sacamos de aquél contexto ya no nos sirve porque no queremos decir lo mismo, a lo mejor queremos decir lo mismo pero no lo expresamos igual, entonces esta falta de información escrita es lo que nos hace falta para esta evidencia.

Grupo de más de 20 años de experiencia provenientes de AH

4.1.7.1.4. Distancia entre el conocimiento teórico vs. práctico

Crean que existe falta de coherencia entre el diseño del trabajo teórico y la práctica asistencial, poca aplicabilidad.

Este problema se discutió en tres de los grupos. En el grupo de enfermeras con más experiencia en AP y en el de los más jóvenes. Se trató con crudeza lo inaplicable de algunos protocolos realizados desde un despacho y, se denunció que cuando, desde la gerencia se tiene interés en introducir algún cambio, sí que se han encontrado los medios y se ha conseguido de una manera efectiva.

X5: Cuando les interesa una cosa concreta sí que se hace.

X9: Esto es lo que han hecho con la receta electrónica, con los médicos y anteriormente con la historia clínica.

X9: Lo han hecho, lo han hecho.

X5: Pero claro, tiene que haber un interés. O se tiene que ver que es importante para que la gerencia lo haga.

X1: *Pero creo que estaríamos lejos, ¿eh? Porque aunque sea importante para nosotras...*

Grupo de más de 20 años de experiencia en AP

X6: *No, no, no, las que estamos trabajando. Las que están en despacho, la teoría es muy bonita pero luego normalmente, cuesta mucho que encaje en tu trabajo diario...*

X5: *Es la que te pone los despleables (Ríen) Está en el despacho y claro, a esa no le llega bien, bien la...*

X4: *Eso es lo que pasa.*

X6: *Que de hecho, el que coordina que está en el despacho se tendría que juntar con el que está trabajando.*

Muchos: *Sí, sí.*

Grupo de 0 a 10 años de experiencia

4.1.7.1.5. Falta de apoyo

Consideran que no se valora suficientemente a la enfermera por lo que no se la respalda cuando lo necesita ni profesionalmente ni en cuanto a investigación.

Este punto surgió en sólo en un grupo muy ligado a un sentimiento de pesimismo respecto a la profesión enfermera.

X7: *Yo, desde mi punto de vista, es que la sociedad no valora del trabajo de enfermería, en el sentido más amplio. El cuidar, quiero decir, cuidar no está valorado.*

Grupo de más de 20 años de experiencia en AP

4.1.7.1.6. Modalidad laboral dificulta EBE

Enfermeras que trabajan en urgencias o sustitutas que no pueden trabajar según su criterio o introducir nuevas pautas aún basadas en la evidencia ya que deben seguir las pautas de la enfermera titular.

Esta barrera surgió únicamente en el grupo de las enfermeras más jóvenes, de 0 a 10 años de experiencia en AP. Al ser enfermeras con contratos de sustitución cortos y en diferentes CS o contratos en los que sólo se hacen guardias de urgencias, consideraron el tipo de contratación como la principal dificultad para la introducción de nueva evidencia por lo que este tema se discutió ampliamente sólo en este grupo. Surgieron aspectos de este problema como la falta de autonomía para aplicar evidencia, el aislamiento del resto de compañeros y la discontinuidad en los cuidados que supone atender al paciente sólo por unos días o una sola vez en urgencias.

X1: Como en las guardias solemos ser sólo una o dos enfermeras pues compartes menos que cuando estás en un centro de salud.

X7: Es que no llevamos el seguimiento, de...de la consulta.

X5: Eso, no llevamos el seguimiento

X4: ¿Hacemos un seguimiento? Sí, semanal (Ríen)

X1: Sí, pero tienes que llevar un cierto tiempo. Yo me acuerdo cuando empecé una sustitución en Y que duró seis meses y sí que llevaba mi cupo y lo podía cambiar mucho más. No es como cuando vas dos semanas, tres días y estas cosas...

X1: Yo me acuerdo de hacer guardias y era triste. Llegamos al consenso de que las curas no las cambies y déjalas como están, tú pones tu apósito, tú limpias y esto no cambia ni intentes cambiarlo.

X6: A ver, si no eres fijo no tienes autonomía en ningún sitio, ni en primaria ni... (Ríen)

X7:(...)Y de hecho me siento más bien un poco frustrada. Porque a veces intentas aplicar un poco de ciencia e incluso te paran los pies, en un momento ves algo que a lo mejor en ese momento no funciona y a lo mejor dices vale, pues lo comentaré con la compañera para cambiar y tal y otros dicen: “¡eh!, que a lo mejor si no lo están aplicando es por algo”. Pues bueno, pues lo seguimos haciendo igual.

Grupo de 0 a 10 años de experiencia

4.1.7.1.7. Falta de participación en la elaboración de protocolos

No se sienten consultados en la elaboración de los protocolos que después deben aplicar en su práctica diaria.

Surgió en dos grupos, el de las enfermeras más jóvenes y el de las más experimentadas en AP.

X7: Yo siempre digo que el que hace protocolos, si lo hace él durante un mes seguido, después lo haré yo. Es decir, no siempre, pero algunas veces lo han hecho en un despacho que no tiene nada que ver con la realidad.

Grupo de más de 20 años de experiencia en AP

4.1.7.2. Barreras de la propia persona

Se refiere a barreras inherentes a la propia enfermera: sus creencias, actitudes, etc.

Surgieron la ignorancia respecto a la enfermería basada en la evidencia, la falta de motivación, reservas respecto a la aplicación directa de evidencia, la transferencia de responsabilidad hacia otros profesionales o entidades, la necesidad de adaptación de la evidencia y la confusión entre práctica diaria y evidencia. Sin embargo las dificultades más comentadas por la gran mayoría de enfermeras fueron la incredulidad frente a nueva evidencia y la resistencia al cambio.

4.1.7.2.1. Excusas para no usar evidencia

Argumentos poco sólidos que sirven como excusa para no utilizar la PBE.

Esta categoría se encontró en el análisis de todos los grupos. En ellos que surgían argumentos de poco peso para no usar evidencia como que es muy complicado, que no existen estudios suficientes, que ya lo hacen “a su manera”, etc.

X11: Ahora, que intentamos trabajar con evidencia, es muy complicado estar preguntándote constantemente cómo estoy haciendo esto.

Grupo de coordinadoras

X5: No vas a cambiar el protocolo continuamente, lo veo muy complicado.

Grupo de 0 a 10 años de experiencia

X2: Que también es verdad que cada vez decimos tendríamos que, tendríamos que, tendríamos que pero, se queda ahí.

Grupo de 10 a 20 años de experiencia

X1: Si el problema no es que no ayudemos a generarla, yo creo que sí el problema es que luego no queda de alguna manera. No pasa, porque no hay el hábito de todo esto escribirlo y usarlo. Tendría que usarse.

X3: Sí, yo creo que, o sea, nos hacemos nuestra evidencia, para decirlo de alguna manera. Nosotros trabajamos de una manera que incluso los que están al lado...

X6: Sí, entre nosotros, sí.

X3:...nos nutrimos de esta evidencia, ¿no? Pero no, no la damos a conocer.

X1: No la plasmamos.

Grupo de más de 20 años de experiencia en AP

X7: No colaboramos en la evidencia científica porque no está documentada esta evidencia, hay muy pocas investigaciones.

X4: Porque no tenemos los procedimientos escritos.

X3: Porque no tenemos tampoco el hábito de hacerlo.

Grupo de más de 20 años de experiencia provenientes de AH

4.1.7.2.2. Incredulidad

Expresión de dudas acerca de que exista una evidencia aplicable a la práctica clínica.

Esta categoría surgió sólo en dos grupos, el de coordinadoras y el de enfermeras con más de 20 años de experiencia que provenían del hospital. En ambos grupos se enfoca desde distinta perspectiva. En el de coordinadoras se intuye una visión crítica ante cualquier evidencia ya que es cambiante y se plantea el problema de que no es adecuado aplicarla sin ningún criterio profesional propio, discuten ampliamente sobre el tema planteándose incluso que exista algo demostrado de verdad.

En el otro grupo se hace sólo una alusión a que no todas las enfermeras pueden investigar. Se podría haber incluido en la de “excusas” para no usar EBE pero consideramos que era lo suficientemente importante como para darle una entidad propia.

X5: ¿Hay algo que esté demostrado científicamente que evidentemente es mejor que lo otro? Yo creo que está aquí el problema, ¿no?

X11: Lo primero que te enseñan al leer evidencia es a leer si esa evidencia que te están contando es válida (se oyen risas).

X10: La lectura crítica...

X1: Lo de la evidencia científica, a mí me da miedo, entre comillas. Que si solamente trabajamos con un método científico o evidenciado y tal nos podemos convertir en autómatas. Por tanto yo creo que también tenemos que tener un poco de criterio profesional o ser conscientes de que durante muchos años nuestra profesión, el cuidar se ha hecho de forma intuitiva sin un método científico y se ha cuidado a la gente ¿no? Entonces, que creo que está muy bien el método científico, que da valor a la profesión y todo esto pero que no nos tenemos que convertir en robots de la ciencia porque lo ha demostrado fulanito, es evidencia A y dentro de un año ya no es evidencia A. Entonces que sí que es verdad que creo que hay que tener ese espíritu crítico, ¿no?

Grupo de coordinadoras

X3: (...)porque tampoco vamos a ser tan irrisorios que vamos hacer que ahora, de pronto, las mil enfermeras que somos vamos a hacer investigación.

Grupo de más de 20 años de experiencia provenientes de AH

4.1.7.2.3. Ignorancia sobre PBE

Manifestaciones de no saber lo que es PBE o dónde buscarla.

Aparece en el grupo de coordinadoras y en los dos grupos de enfermeras con más de veinte años de experiencia.

X4: A lo mejor sí que estamos haciendo lo que toca, es que, como no lo hemos mirado no sabemos si lo hacemos o no lo hacemos. Es que no lo sabemos...

Grupo de más de 20 años de experiencia en AP

X8: Primero como ATS, luego como enfermeras... hemos currado mucho, pero claro, no hemos tenido esta formación y ahora yo me considero, no mayor, porque aún tenemos ganas y tal, pero para poder hacer una investigación y encima en mi casa y tal me da mucha, mucha pereza.

Grupo de más de 20 años de experiencia provenientes de AH

X1: Y cosas hay hechas, pero a veces o no nos llega la información o no la consultamos o simplemente es lo de la resistencia al cambio. Yo creo que nuestra profesión está avanzando en esto, ¿no? pero que todavía hay cosas que se tienen que integrar ¿no?.

Grupo de coordinadoras

4.1.7.2.4. Resistencia al cambio

Manifestaciones de reconocimiento de que cuesta mucho cambiar pautas ya establecidas ya sea con o sin base científica.

Esta categoría es discutida ampliamente en todos los grupos excepto en el de las enfermeras con menos experiencia. En todos los grupos llama la atención cómo ellas mismas se sorprenden de que se sigan llevando a cabo prácticas totalmente obsoletas.

X3: También es curioso pero que hay cosas que, que se han dicho o que se han evidenciado pero que sigue habiendo profesionales, nosotras mismas que las cuestionamos. Yo que sé, por un ejemplo, el poner yodo en las grapas.

Grupo de coordinadoras

En el grupo de coordinadoras el tema de la incredulidad ante la EBE se mezcla con el de la resistencia al cambio, como si uno justificara al otro y llevaran a no cambiar la práctica.

X12: Claro, es que está súper estudiado, no hay que revisar más. El problema es que no estamos acostumbrados. Yo misma, a mí viene Fulanito y me dice, oye ¿sabes que ahora dicen que tal? Y mi primera intención no es ir a buscar estudios a ver si de verdad pone o no pone eso.

X5:... Por muy claro que lo tengas. Así que primero tienes el problema de que cambiar nos cuesta. Hay gente que tú le dices no mira, esto no lo hagas así, hazlo de esta otra manera. Y te responden, no, yo siempre lo he hecho así, así me va bien...

Grupo de coordinadoras

Por otro lado en el grupo de enfermeras con más experiencia provenientes de hospital, surge el concepto de “desarrollar un procedimiento de forma “innata o intuitiva” y se sugiere que tal vez el problema de la resistencia al cambio sea porque viene impuesto desde afuera.

X1: El procedimiento lo desarrollábamos como innato.

X2: Pero realmente todos nos hemos dado cuenta de que cosas que siempre se habían hecho así están mal hechas.

X1: Sí, claro.

X7: Y a lo mejor no están mal hechas, eh.

X1: Y a lo mejor no.

X3: Y algunas sí.

X2: Sí, sí. Muchas están mal hechas porque nosotros nos pensamos...Nosotras como profesionales tenemos mucha resistencia al cambio. A cambiar cosas porque como siempre las hemos hecho así.

X5: Porque siempre se ha hecho así.

X8: En todo lo que viene impuesto siempre hay un poco de reticencia de ¿y ahora porque tengo que cambiar si toda la vida lo he hecho así?, con lo

cual nosotros primero tenemos que hacer lo que ha dicho X9, o sea, hacer el cambio y pensar bueno toda la vida se ha hecho así pero se ha demostrado que no por lo tanto yo tengo que cambiar...

Grupo de más de 20 años de experiencia provenientes de AH

También manifiestan que les cuesta cambiar no sólo por sus propios hábitos sino por los de los pacientes y otros profesionales sanitarios aún cuando ese cambio les podría proporcionar más tiempo para actividades que consideran más interesantes.

X2: Todo te va diciendo que hay que tomar pocas tensiones en las consultas, ¿vale? Y aún así, aunque yo lo leo, es evidente... A mí, incluso no ya, no sólo a mí, decirlo al médico, porque el médico me dice, ¿cuánto tiempo hace que no le miras la tensión? Pero si se la mira en su casa cada día. Quiero decir, a mí me cuesta, me cuesta decir a este paciente no, a partir de ahora está ahí el aparato, pónitelo tú si quieres, míratelo pero realmente donde hay que mirarla es fuera de aquí. Y me cuesta a mí incorporar, y me cuesta ser firme en estas decisiones y decir no a la gente.

X4: Es que todos los cambios son así. Yo creo que ahora ha llegado el momento de dejar estas cosas de enfermería que hacemos tan aburridas, pero cuesta, cuesta muchísimo.

X1: Mucho.

Grupo de 10 a 20 años de experiencia

También expresan cansancio y decepción cuando han intentado introducir cambios bien fundamentados en sus CS y ven que se persiste en las antiguas prácticas.

X5: Una cosa que la hemos hecho entre todos sí que llegamos a un consenso y hemos dicho lo hacemos así, pero después cada maestrillo con su librillo, ¿eh?. Porque por mucho que digas esto tiene evidencia y esto no, es igual, yo siempre lo he hecho así ...

X1: Siempre hay un elemento discordante, siempre hay el que sigue haciéndolo como quiere hacerlo, y nadie lo va a cambiar. No puedes hacer

nada y hay, hay elementos así en cada equipo me imagino.

X5: Últimamente hemos ido a un congreso. Cosas evidentes. Hay mucha cosa de úlceras, ¿no? Y que tú planteas esto, esta práctica que utilizáis no tiene evidencia. Tú les haces una sesión y dices mirad, aquí, aquí y aquí se explica que eso no tiene evidencia. Es igual, tú al día siguiente vuelves a encontrar que lo hacen así. Por tanto...

Grupo de más de 20 años de experiencia en AP

4.1.7.2.5. Falta de motivación

Expresión de una carencia de incentivos que estimulen y reconozcan la investigación y/o la aplicación de EBE.

Esta categoría se encontró en tres de los grupos, en los dos de las enfermeras con más experiencia y en el de las más jóvenes. En el grupo de enfermeras más experimentadas en AP, se añadió además la necesidad de que sea la propia organización la que estimule la motivación a través de incentivos como la formación, aspecto en el que también coinciden las más jóvenes.

X3: La formación y la motivación también porque...

X4: Yo creo que la motivación es personal, de cada uno ¿eh?

Grupo de 0 a 10 años de experiencia

X6: Pero de alguna manera yo, es que creo que la gerencia tiene que motivar, tiene que incentivar, generar ilusión en la gente y eso no sé como...

(...)

X6: Yo creo que primero formación, después motivación.

M: Formación y motivación.

X4: Sí, pero yo creo que van muy ligadas, si tú estás bien formado ya estás más motivado porque tú ya sabes como hacerlo.

X5: Si tú estás motivado estás bien formado, porque claro, si yo no tengo la motivación de irme a formar.

Grupo de más de 20 años de experiencia en AP

Además se apunta la necesidad de que se incentive con “conocimiento de causa” insinuando el desconocimiento por parte de la institución, de la dinámica de funcionamiento y las particularidades de cada CS.

X9: Yo creo que una manera de incentivar a lo mejor no sólo económicamente sino, ¿cómo se dice? Espiritualmente. Yo lo que pienso es que la gente de las instituciones que nos evalúa o que nos mide, que a lo mejor entrase en el equipo momentáneamente, esporádicamente para, para tener un contacto físico y de esta manera, yo creo que reconociendo que ese centro o aquél equipo ha, ha colaborado con evidencia científica, ha sacado resultados y están demostrando que funciona, a lo mejor crearía un entusiasmo o como si dijésemos una energía para continuar, que no que sea un simple papel por correo...

Grupo de más de 20 años de experiencia en AP

En el grupo de enfermeras con más 20 años de experiencia provenientes de hospital se expresa el mismo sentimiento pero con un matiz de cansancio por la situación de crisis actual y se apunta a que se puede incentivar pero no motivar ya que esto es algo más personal.

X4: Que con la que cae ya no estoy motivada.

(...)

X6: Necesitamos un poco de motivación.

Muchos: Sí, sí, motivación.

X2: Pero la motivación es una cosa personal, no te pueden dar motivación, eso cada uno...

X9: Pero así como está todo ya no tienes motivación.

Grupo de más de 20 años de experiencia provenientes de AH

4.1.7.2.6. Valoración previa del entorno a la aplicación de evidencia

No creen que al elaborar protocolos o GPC se tengan en cuenta los entornos concretos (pacientes, profesionales, etc.).

En tres de los grupos, el de enfermeras con experiencia de 0-10 años, con 10-20 y más de 20 años en AP, se expresó disconformidad respecto a la aplicación directa de EBE en cualquier circunstancia. El grupo que más lo argumentó fue el de enfermeras con más de 20 años de experiencia en AP.

X6: Valorar las necesidades de la comunidad y después trabajar sobre ellas, sobre las necesidades que tu veas y detectes porque en nuestro caso tenemos, sobre todo problemática sociocultural muy grande, y tenemos que trabajar en este campo... A lo mejor no tenemos que hacer tantos programas y trabajar más en la comunidad. Pero si no lo has podido valorar primero si es adecuado o no, no lo puedes hacer.

X2: Esto está muy relacionado con lo que ha comentado antes X6, ¿realmente se tienen en cuenta las necesidades de cada grupo de población con el que trabajamos para poner en marcha el protocolo? Pues eso. Parece ser que no porque luego a la hora de aplicarlos o de tenerlos en cuenta...

Grupo de más de 20 años de experiencia en AP

X1: Si seguimos únicamente los protocolos, yo ahora quiero ser, yo que sé, arquitecto y tengo un protocolo para como diseñar una casa, me sigo el protocolo al pie de la letra porque está evidenciado científicamente y soy un arquitecto. Cualquiera podría ser enfermera si funcionáramos exclusivamente con protocolos.

Grupo de coordinadoras

4.1.7.2.7. Adaptación de la evidencia

Consideran que hay que adaptar la evidencia al entorno propio, tanto profesional como de los pacientes, no usarla directamente.

Esta categoría surgió en tres de los grupos analizados en los que se defendió con vehemencia la necesidad de adaptar la EBE al paciente, al profesional que los aplica y a la población.

X9: El paciente recibirá unas curas tuyas evidenciadas o que están probadas pero yo creo que tienes que adaptarlas a la persona porque a lo mejor

allí puede decir que el yodo le va bien pero a esta persona el yodo no le va bien o evoluciona mejor si sólo le pongo suero fisiológico, yo creo que se tiene que adaptar.

X5: La gente sí que individualiza e intenta individualizar: es que este hombre porque vive solo con su mujer, porque su hijo no le cuida, porque la hija no sé que. Yo creo que sí, ¿eh?

Grupo de coordinadoras

X4: Se tiene que modificar según el centro, según la población que tienes, según el personal que tienes trabajando.

X5: Yo pienso eso, que tú tienes unos recursos y sobre eso tienes que ir haciendo y según el personal pues a uno le puedes exigir, entre comillas, una cosa y otro está preparado para otra, ¿no? Pero como, como dogma de fe que esto se tiene que aplicar no, para nada.

Grupo de 10 a 20 años de experiencia

X6: Pero se tendrían que tener en cuenta las características propias de cada centro. Porque, ahora mismo, el programa del niño sano yo considero que es una herramienta muy buena pero es que nuestro centro es totalmente diferente de todos los otros. No tiene nada que ver.

Grupo de más de 20 años de experiencia en AP

4.1.7.2.8. Transferencia de responsabilidad

Consideran que ha de ser otro profesional el que genere PBE o juzgue si ellas generan o no evidencia.

Esta categoría surgió en los grupos de enfermeras con más de 20 años de experiencia que provenían del hospital y en el de enfermeras con entre 10 y 20 años de experiencia, siempre en el contexto de si consideran que ellas generan o no evidencia, aludiendo a que no saben con certeza si la generan o no o a que deben ser otros los que la generen.

X5: Nos gustaría pensarlo. No sé, eso se tiene que valorar y alguien de fuera que te diga que lo que estás haciendo genera evidencia.

Grupo de 10 a 20 años de experiencia

X7: (...)Evidencia. Pienso que sí, pero que siempre hemos gastado nuestro tiempo y con la edad que tenemos pues ya decimos que sean las jovencitas las que lo hagan, que dediquen su tiempo a buscar y hacer estudios. Pero yo creo que no lo hacen tampoco de su tiempo, van más espabiladas que nosotras en general, eh.

Grupo de más de 20 años de experiencia provenientes de AH

4.1.7.2.9. Confusión entre la práctica profesional y la aplicación de evidencia

Manifestaciones que muestran una confusión entre lo que es trabajar con evidencia y las actividades propias del trabajo diario.

Esta confusión se puso de manifiesto en todos los grupos. No son referencias con connotaciones negativas sino más bien al contrario, parecen interesados por trabajar con evidencia pero no tienen interiorizado el concepto, ya que aunque lo hayan definido bien en su discurso se hacen patentes confusiones de distintos tipos.

En algunos casos es posible que esta confusión se deba a la ambigüedad que en castellano tiene el término evidencia.

X2: (...)de cómo evidencias las observarás desde otra metodología o desde otra estructura y para ti no serán tan evidentes. Lo que estamos hablando yo creo que son dos cosas distintas. Nosotros estamos hablando si tenemos hábito o si trabajamos con evidencia. Otra cuestión es que las cosas que sean catalogadas como evidentes tú las crees o no estén sujetas a un replanteamiento posterior, yo creo que son dos cosas bastante distintas.

Grupo de coordinadoras

X3: No, no la damos a conocer y es difícil explotarla, quiero decir porque claro, jugamos dentro, dentro del mundo de la subjetividad, objetividad que a veces hace que no, que lo que tú crees que eso es así, es evidente, lo

tengo claro y lo veo así. Para otro no lo será nada. Y eso es, bueno...

Grupo de más de 20 años de experiencia en AP

X3: Hombre, mucho tiempo no pero al menos sí que tienes una continuidad que es lo que hace falta, el tener una continuidad con los pacientes.

X5: Puedes evidenciar más, puedes hacer más trabajo de evidencia y te puedes dar mucha más cuenta de..., incluso si haces una sustitución de tres meses, en tres meses ya te da tiempo muchas veces de ver la evolución de un paciente en estos aspectos.

Grupo de 0 a 10 años de experiencia

Experiencia o intuición con Evidencia.

X11: (...)Que trabajamos con evidencia, yo creo que cualquiera trabajamos con evidencia y, sea por experiencia, o tal. Otra cosa es que esa evidencia tenga detrás o un cuerpo muy documentado o, o una formación de investigación amplia.

X11: Yo creo que la intuición no es aquello de tengo delante tal y me voy a inspirar a ver que se me ocurre hoy, ¿no? Yo creo que el cuerpo de conocimientos que hemos ido transmitiendo igual poco científicamente y con poca documentación científica escrita y a lo mejor hemos hecho mucha transmisión oral, porque llega un estudiante que tenemos, esta úlcera tal, grado tal, ponemos, pum, pum y le vas explicando ya está basada en una evidencia pero yo como entiendo la intuición es que a lo mejor no hemos trabajado realmente con un cuerpo de conocimientos pero no es la intuición aquello a ver que me inspira hoy, ¿no? Si no creo que está basado pues en muchos años de experiencia, en...

Grupo de coordinadoras

X6: Que trabajas comprobando resultados. Quiero decir que la evidencia es que, si por ejemplo un procedimiento se está viendo con el tiempo que está dando buenos resultados eso es lo que, en base a esto trabajas.

(...)

X2: *No, yo creo que, que, la diferencia, o sea, la realidad es que durante muchos años nosotras hemos trabajado porque siempre se había dicho así y trabajar con evidencia es trabajar sobre ya estudios que se han llevado a cabo de que aquella práctica será la mejor. Que a lo mejor en un futuro hay otras que serían mejores pero en ese momento lo que se ha evidenciado es que aquella, con estudios que se han hecho.*

X1: *De todas, de todas maneras lo que ha dicho X7 al principio tampoco no había estudios ni, ni ensayos ni nada y se trabajaba con una evidencia pero sin papeles.*

X7: *Sí, se trabajaba de la experiencia del día a día.*

Grupo de más de 20 años de experiencia provenientes de AH

X5: *No sé si a lo mejor, si estar basado en la evidencia también incluye lo que sabes a raíz de la experiencia, de, de la enfermería, ¿no? De los casos que te encuentras, de tus experiencias personales entonces pues yo más bien pienso que va por ahí, ¿no? La enfermería basada en la evidencia, evidencia científica, sí, ¿pero científica basada en qué? En, pues en, en la experiencia de la propia enfermera.*

Grupo de 0 a 10 años de experiencia

4.2. Requisitos para investigar

Los grupos de discusión también se centraron en la necesidad de realizar investigación por parte de las enfermeras. Se expresaron diferentes aspectos que las enfermeras consideraron importantes para poder realizar investigación y se comentó que la institución debería facilitarlos con este fin. Las subcategorías principales codificadas en el análisis de este punto pueden verse en la Figura 4.



Figura 4. Familia “Requisitos para investigar”

4.2.1. Necesidad de recursos

Se refieren a aquellos medios que las enfermeras consideran necesarios para investigar en el lugar de trabajo. Las necesidades detectadas fueron: reconocimiento, tiempo durante la jornada laboral, y necesidad de asesoramiento y liderazgo en la investigación.

4.2.1.1. Necesidad de reconocimiento

Expresión de la necesidad de agradecimiento o mención por parte de la institución ya sea con dinero, días libres, cargos, puntuación en baremos, etc.

De esta necesidad de algún reconocimiento al trabajo investigador se habló en tres de los cinco grupos:

X2: Y a mí no se me agradece ni siento que ésto se me tenga en cuenta.

Grupo de 10 a 20 años de experiencia

El grupo que más se extendió en este tema fue el de enfermeras con más de 20 años de experiencia en AP señalando que no deseaban una bonificación económica

sino un reconocimiento general. Surgió también la opinión de que la institución debería considerar importante la investigación ya que es un beneficio para todos y que debía proporcionar recursos como el tiempo, lo que en si mismo ya constituiría un reconocimiento.

X5: Aquí sólo habría una cosa que motivaría, una: el reconocimiento. Ni dinero ni nada.

X1: Sí, yo tampoco quiero dinero.

X5: Reconocida por tus compañeros, por los otros, por todo el mundo, por la población... Pero bueno, la población, aunque decimos esto yo creo que sí que nos reconoce de alguna manera...

(...)

X9: Yo lo que pienso es que si el tiempo que te dieran fuese importante, o sea, que te reconociesen que tú tienes derecho a ese tiempo, tú podrías utilizarlo con un beneficio para ti, para el equipo y para...

Grupo de más de 20 años de experiencia en AP

En el grupo de enfermeras que provenían de hospital se mencionaron los incentivos económicos que se otorgan como compensación a los EAP en AP, no por investigar sino por cumplir indicadores asistenciales y de farmacia. Sin embargo, se lamentaron de que habían realizado investigación de cierta importancia y no había quedado constancia de ello a nivel laboral.

X9: O también los incentivos o un reconocimiento al trabajo que tú haces. Normalmente no, no se hace...

X2: Yo no lo he tenido. Y he hecho mucha investigación, y me han dado premios.

X7: Y además no ha quedado constancia en ningún sitio, ni en la ficha de la oficina que teníamos los servicios, ni eso. Quiero decir, que te consideran o no te consideran. Y el curriculum...

Grupo de más de 20 años de experiencia provenientes de AH

X4: Actualmente se nos desmotiva a diario. (Ríen).

Grupo de 0 a 10 años de experiencia

4.2.1.2. Necesidad de tiempo en la jornada laboral

Expresiones que ponen de manifiesto la falta de tiempo para desarrollar cualquier actividad no estrictamente asistencial durante la jornada laboral.

Esta necesidad se manifestó en dos grupos refiriéndose a la falta de tiempo para hacer investigación bien estructurada.

X2: ...y yo no investigo. No lo hago ni me dan el tiempo para hacerlo. Pero claro, todo esto si yo lo digo porque es una percepción mía no sirve, quiero decir, y me encantaría haber investigado, si se puede hacer, pero hacerlo bien, estructurado. Pero nosotros tiempo no tenemos.

Grupo de 10 a 20 años de experiencia

También se refirieron a la falta de tiempo para buscar evidencia y actualizarse en el trabajo.

X2: Busco muchas cosas en casa porque no tengo tiempo.

Muchos: En casa, en casa.

(...)

X2: Sí, pero si ya te lo tienes que leer más a fondo no tienes tiempo. Yo no tengo tiempo.

X9: No, me lo imprimo y me lo llevo.

(...)

X4: Y eso sí que te lo tienes que llevar a casa.. Sábados, domingos y muchas noches.

X3: Si tuvieras tu consulta bloqueada para que hagas investigación. Lo harías porque te interesa algún tema determinado... porque a mí a veces me apetece, a veces me gustaría solamente meterme de machaca con alguien que hiciera investigación.

Muchos: *Sí, sí.*

Grupo de más de 20 años de experiencia provenientes de AH

4.2.1.3. Necesidad de asesoramiento

Necesidad de un experto o mentor que asesore la investigación a lo largo de todo el proceso.

Se expresó esta necesidad en dos grupos.

X6: Hombre sí, yo pensaría a ver a quién tengo que coger en seguida porque yo sola sería imposible hacerlo.

X1: (...)y si después lo decido y entro en un proyecto de estos, sería ya con asesoramiento.

Grupo de coordinadoras

M: O sea que vosotras pensáis que son las enfermeras de cada día las que tienen que intentar investigar.

X5: Sí, las enfermeras podemos investigar. Tal vez necesitemos un guía...

Grupo de 10 a 20 años de experiencia

4.2.1.4. Necesidad de liderazgo

Necesidad de un experto que dirija la investigación y sea capaz de despertar inquietudes investigadoras.

Esta categoría emergió en el análisis del discurso de todos los grupos excepto el de coordinadoras.

X5: Y siempre, por supuesto tiene que haber alguien que promueva todo eso, porque claro, uno por sí mismo pues no...

Muchos: *Sí, sí.*

X1: ...alguien que nos guíe, sí. Porque vas un poco a ciegas.

X5(...)Como hacer una publicación, sí.

Grupo de 0 a 10 años de experiencia

X2: No sé, que salga una directriz. Ahora hay para investigar sobre esto, sobre inmigración. ¿Quién está interesado? ¿De qué centros? ¿A quién?.

Grupo de 10 a 20 años de experiencia

En el grupo de enfermeras con más de 20 años de experiencia en AP se planteó la necesidad no sólo de liderazgo sino de que se estructurara bien la investigación. Expresaron claramente su voluntad de colaborar en el trabajo de campo o comprobando resultados con compañeros expertos que podrían ser los líderes.

X5: Yo lo que pienso es que no todas las enfermeras tienen que investigar. Es decir, hay gente que no le puede gustar. Porque no todo el mundo tiene que ser experto en investigación. El que quiera investigar que investigue y los otros que prueben lo que se investiga.

(...)

X7: Hombre, es lo mismo que los estudios. No todo el mundo tiene que ser doctorado ni master sino, lo que pasa que el que sea doctor será el líder, el que propondrá una visión y los demás colaboraremos. Aunque todo el mundo pueda llegar teóricamente, no todo el mundo tiene que hacerlo. Alguien servirá, a alguien le gustará...

Grupo de más de 20 años de experiencia provenientes de AH

También se oyeron voces que expresaban desconcierto ante su propia incapacidad para aprovechar datos recogidos sobre temas que les interesan en su trabajo diario y su deseo de un liderazgo en este aspecto.

X3: Nos entró una neura de hacer un estudio de los niños, de la alimentación de los niños y tenemos datos desde la revisión de los dos años a los seis años, de todo lo que comían, de todo nuestro cupo y allí están los datos, muertos de risa. Y dices bueno ¿y ahora qué hacemos con los datos?, podríamos relacionarlos con la obesidad que tenemos, con tal o con cual patología y no lo podemos hacer.

X4: Pero a lo mejor si te metieses en un grupo de investigación, si tú estuvieras en el trabajo un grupo que te dijera...

Grupo de más de 20 años de experiencia provenientes de AH

4.2.2. Facilitadores

Circunstancias que favorecen la investigación.

En el análisis del discurso de todos los grupos surgieron una serie de elementos que los profesionales identificaban como facilitadores para llevar a cabo investigaciones. Llama la atención el hecho de que se nombraran muchos menos facilitadores que barreras.

4.2.2.1. Facilitador: motivación

Entendida como un estado de ánimo que mueve a investigar.

Este fue el facilitador más nombrado, y surgió en tres de los grupos. En el grupo de coordinadoras de enfermería se hizo patente que, a pesar de que hay más impedimentos que facilitadores para formarse e investigar, aún existen muchas enfermeras motivadas para hacerlo.

X5: Sí, yo creo que lo principal es encontrar la gente adecuada, ¿eh? La gente que está motivada a estudiar eso. Es lo principal.

X5: A pesar de la carrera profesional la gente está motivada y es que incluso te sorprendes un poco. Esto es la realidad.

X10: Sí, es la realidad.

Grupo de coordinadoras

También se manifestó la disponibilidad de ayuda como factor motivador.

X2: No, a mí, yo creo, sí también. Yo simplemente si a mí me diesen un poquito de formación y la ayuda... Yo, vamos, es que estaría encantado.

X5: Claro. O que te pudiesen guiar un poco.

Grupo de 10 a 20 años de experiencia

Los más jóvenes coincidieron en afirmar que la motivación de las enfermeras podía depender tanto de la coordinadora de enfermería del CS como de la organización.

X4: Tanto por el responsable del centro como por...

X7: Por todo el sistema.

X4: ...por el sistema en general.

X5: Yo creo que es el sistema el que te motiva, si no.

X4: Sí. Dependiendo como estés de a gusto pues actuarás de una forma o de otra.

Grupo de 0 a 10 años de experiencia

4.2.2.2. Facilitador: compensación por investigar

Consideran que cualquier tipo de reconocimiento al trabajo realizado y al tiempo invertido en investigar constituiría un facilitador para la investigación.

Esta categoría tan sólo salió en el grupo de enfermeras entre 10 y 20 años de experiencia.

X5: Yo digo por ejemplo con cursos o con cosas pues a lo mejor sería, a lo mejor la gente también se movería más, sería un poco más atractivo.

X2: Sí, no se te gratifica pero al final pin, pam, pum. Pues yo formación y punto. Es que no quiero nada más. No quiero dinero, prefiero formación.

Grupo de 10 a 20 años de experiencia

4.2.2.3. Facilitador: cuestionarse sobre la práctica

Consideran que el hábito de cuestionarse la práctica diaria favorece la investigación ya que la pregunta de investigación es el principio de la misma.

X8: (...)Continuamos haciendo cosas porque las aprendimos así, pero día a día sí que te preguntas, ¿esto lo hago bien o lo hago mal?

Grupo de más de 20 años de experiencia en AP

4.2.2.4. Facilitador: desmitificación de la investigación

Expresiones de que es necesario dejar de considerar la investigación como un objetivo inalcanzable. Sólo emergió en un grupo.

X2: Los investigadores son compañeros, como nosotros.

X4: Claro, claro. Si son gente de centros.

X5: Acabamos en lo mismo. Sí, compañeros.

X2: Lo mismo. Sí. Yo no creo que sea alguien que se dedique sólo...

Grupo de 10 a 20 años de experiencia

4.2.2.5. Facilitador: desarrollo de las especialidades

Expresiones de la necesidad de categorías laborales especializadas dentro de la enfermería, especialmente de la especialidad en enfermería familiar y comunitaria.

Esta categoría emergió en el análisis de los dos grupos con enfermeras de más experiencia.

En el grupo de las enfermeras con más experiencia en AP consideraron que el desarrollo de las especialidades de enfermería facilitaría la investigación al estar más formadas en un campo específico de la profesión.

X7: Yo lo que quiero decir es que actualmente con los grandes conocimientos que se tienen es imposible que un enfermero sepa de todo para trabajar en cualquier sitio. Se sabe tanto que no puedes estar en una UCI de neonatos, después estar haciendo educación sanitaria en una escuela en Consulta Joven y después irte a Primaria, después ir a quirófano y después ir a urgencias. No lo puedes hacer bien, es imposible. Es imposible hacerlo y entonces creo que se tiene que acotar un poquito la, la... todos los conocimientos estos tienes que especializarlos un poco.

Grupo de más de 20 años de experiencia en AP

Esta opinión contrasta con la que se expresó en el grupo de enfermeras con más de 20 años de experiencia pero que provenían del hospital ya que éstas se refirieron a

especialidades antiguas no reguladas actualmente y no apelaron al reconocimiento de las mismas como necesario para el desarrollo profesional de la enfermería.

X7: Puedes tener tres especialidades y total no coincidir en el sitio de la especialidad. A mí me ha pasado.

Grupo de más de 20 años de experiencia provenientes de AH

4.2.3. Barreras

Circunstancias que las enfermeras consideran que dificultan la investigación.

4.2.3.1. Barrera: falta de unidad en el equipo multidisciplinar en cuanto a investigar

Falta de acuerdo en el EAP con respecto a la investigación.

Este punto surgió sólo en el grupo con más experiencia en AP, todas ellas enfermeras con más de 20 años de experiencia que alguna vez deben haber topado con esta disparidad de criterios en los EAP, se lamentan de que no siempre se funciona como un EAP y de individualismos que dificultan el trabajo en equipo.

X8: (...)Claro, si fuésemos un equipo, pero somos gente tan diversa la que estamos en un centro, si consiguiésemos llegar a un acuerdo, plantearnos una serie de objetivos, que nosotras mismas también fuésemos capaces de ver como lo hemos hecho, ¿no?

X1: Claro.

X8: Pero es como una utopía en mi experiencia de veinte años porque he pasado por unos cuantos centros y nunca he conseguido ver esta dinámica de equipo. Cada uno funciona individualmente dentro de los centros. Pero la idea básica de cuando hicimos primaria, que nosotros salimos con esta utopía era que seríamos un equipo que trabajaríamos en conjunto y que nos marcaríamos unos objetivos.

X7: Y eso también el equipo, que el problema es que no somos un equipo. Que si nos sintiésemos equipo y nos autoexigiésemos, nos autoevaluásemos, iríamos progresando. Pues esto lo podemos mejorar, eso, para esto

no servimos, intentemos cambiarlo, esto ha ido muy bien, pues continuemos por aquí.

X9: Yo creo que hay un tanto por ciento muy elevado de gente que trabaja de manera individual. Individual de entrar a las ocho y salir a las dos, dos y media, tres y que a lo mejor no tiene ningún tipo de contacto con el resto del equipo y esto es inviable y tendría que haber un sistema...

Grupo de más de 20 años de experiencia en AP

4.2.3.2. Barrera: falta de unidad del equipo de enfermería en cuanto a investigar

Falta de acuerdo respecto a la investigación en el equipo de enfermeras del CS.

En dos grupos surgió este punto, en el primero haciendo referencia a la dificultad que entraña la heterogeneidad de los equipos de enfermería de los CS.

X2: Somos un grupo muy heterogéneo, al menos en mi centro. Yo he ofertado, podemos hacer búsquedas en CINHALL o en otro sitio, pero no todo el mundo le da la misma prioridad.

Grupo de 10 a 20 años de experiencia

En el grupo con más experiencia en AP se discutió ampliamente este problema.

X5: (...)Es que a veces creo que dentro del mismo trabajo hay distintas visiones del trabajo. No todas las enfermeras miramos igual. Hay la que está muy insatisfecha porque considera que no se le reconoce el trabajo que tiene y otras que están más satisfechas, a lo mejor su mirada es más concreta y están satisfechas.

X2: Que influye mucho esa diversidad en la visión de la que antes X5 hablaba también en el nivel superior de enfermería. Es decir, hay muchas enfermeras ahora trabajando en la dirección, en el gabinete técnico hay infinidad, antes trabajábamos con menos enfermeras, ahora hay muchas enfermeras trabajando en el gabinete técnico entonces, pues que esto influye en que haya más puntos de vista.

Grupo de más de 20 años de experiencia en AP

4.2.3.3. Barrera: falta de comunicación

Referencias a la falta de comunicación y a la necesidad de compartir inquietudes en investigación clínica entre los distintos profesionales de AP.

A esta barrera se hizo referencia en el grupo de los más jóvenes y en el de las enfermeras con más experiencia, aunque aludiendo a problemas distintos. Las jóvenes por falta de continuidad en un mismo CS y escaso contacto con el EAP y las más antiguas por el problema de la dispersión de los CS y el poco *feedback* que, según ellas, reciben del gabinete técnico de la GAP.

X5: Pero sí que se podría, pues no sé, anotar o mira, o sugerir, ¿no? En el med o algo.

X4: Yo creo que debería haber una ventana de sugerencias entre los profesionales, una cosa que no fuese la historia.

X7: Privado, sí.

X4: Porque yo por ejemplo a veces claro, cuando escribes una historia has de escribirlo en plan formal, entonces todo con tecnicismos y tal, pero a mí por ejemplo me gustaría ya que a esa persona a lo mejor mañana no la voy a ver, me gustaría dejarle una nota diciéndole oye mira, te he cambiado la cura por esto, por esto y por esto, en plan más informal, más colleagueo. Pero ese espacio no existe entonces...

(...)

X6:...ya es algo porque a mí me ponen cura realizada muchísimas veces y digo ¿realizada con qué? Y hasta que no destapo no veo lo que es y a veces se puede ver y a veces no se puede ver. No sé si le han puesto un gel enzimático o no le han puesto nada o le han puesto vaselina. Entonces yo realizo cura así, y así y así, y por ahora nadie me ha dicho ni así bien ni lo cambies ni... Porque es que ¿cómo no quieres que la cambie si no sé qué le han puesto?.

Grupo de 0 a 10 años de experiencia

X6: Que te revisen, te animen, te informen, te animen.

X8: *Por ejemplo, yo tengo una duda y lo busco y tú tienes otro y lo buscas y ella tiene... y vamos, llegamos a la misma conclusión. ¡Cuatro personas han estado buscando eso al mismo tiempo!*

X6: *Y a lo mejor ya lo teníamos.*

X7: *Es lo que decía X8 ¿Por qué hacer dos veces o tres o cuatro el mismo trabajo? Extiéndelo. Cualquier cosa, el pie de diabético, el niño sano, la guía de tal o lo que sea, o ha hecho un estudio o ha hecho un planteamiento bueno... Pues coge el de al lado, y comunícaselo, y entonces todo sube de nivel. Pero si cada uno estamos en una isla, pues eso, cada vez nos sentimos más solos.*

X1: *Somos islas, somos islas dentro de la isla.*

X7: *Sí, sí.*

X1: *Somos islitas y no salimos.*

Grupo de más de 20 años de experiencia en AP

4.2.3.4. Barrera: falta de cooperación

Referencias a la falta de puesta en común y de apoyo mutuo en la investigación.

X5: *¿Y quién está preparado? Podemos traer alguna persona y después ir haciendo, ¿no?*

X2: *Sí. Hombre, vamos a formar a un grupo.*

X5: *Sí.*

X2: *Ella ya está en ese grupo de inmigración. Pues ella allí, otra de allí y otra de allí. O gente representativa de la población que queramos hacer el estudio.*

Grupo de 10 a 20 años de experiencia

X1: *Porque también entre nosotros nos hacemos la púa. Porque hay gente que prefiere hacer técnicas a estar sentado pensando o poniendo sobre la mesa los problemas y tendríamos que mejorar la evidencia y, aparte, unificar más en cuanto a formación, que seamos más homogéneas, que ten-*

gamos una base más parecida...

Grupo de más de 20 años de experiencia en AP

4.2.4. Justificación de la actividad investigadora

Con qué fin y con qué metodología o estrategias creen las enfermeras que es necesario investigar.

En general opinan que es necesario que se realice investigación para poder utilizar una metodología común en la práctica basada en la evidencia, para poder evaluar la implantación de nueva evidencia, para poder autogestionarse y para poder realizar investigación que sea transferible a la práctica.

4.2.4.1. Necesidad de usar metodología en la PBE

Reconocimiento de que el usar una metodología facilitaría la investigación y el desarrollo de PBE.

Esta subcategoría surgió en dos grupos, haciendo referencia a la poca cultura de las enfermeras con respecto a la PBE y al desinterés institucional por aumentarla.

X2: Pero bueno, hay cuestiones que realmente te preguntas o preguntas al compañero, (...)¿y por qué? ¿Y tú por qué dices cada treinta? No sé, a mí me lo dijeron. Hace poco, intentamos hacer una búsqueda y al final llegamos a la conclusión de que es cuando lo determine el fabricante (Ríen todos). Que quiero decir que entre lo que más hacemos lo más normal es lo que dicen ellos. Porque es lo más rápido, lo más sencillo y lo que más por mano tenemos, pero esto...

X2: Hay cosas como, si ese estudio está hecho correctamente, o es extrapolable a lo que yo quiero, etc., esas cosas ya me cuestan bastante más.

X5: Yo no me siento, ¿eh? Yo creo que para obtener una evidencia supongo que se tienen que hacer estudios con una metodología adecuada ...

X3: Claro, claro.

X5: ...y yo no lo hago.

Grupo de 10 a 20 años de experiencia

X1: Pero yo creo que en los equipos, como base, todo el mundo debería saber qué es eso. Qué es investigar. Y para eso hace falta formar. Tienes que tener las bases, las bases las tiene que conocer cualquiera incluso para leer. De todas formas, yo creo que hay muy poca cultura por parte de nuestras instituciones a subir el nivel. De hecho, incluso hay una separación muy grande entre la universidad y lo que es nuestra institución. Yo doy clases y tengo que devolver todas las horas en vez de poderlo volcar de alguna manera en mi propia institución lo que yo sé o lo que yo doy aquí o lo que yo he aprendido.

Grupo de más de 20 años de experiencia en AP

4.2.4.2. Necesidad de evaluación de la evidencia

Expresiones de que es necesario evaluar continuamente el trabajo realizado.

Se habló de este tema en tres de los grupos. Se refirieron a las actividades de promoción y prevención de la salud que realizan en los institutos de enseñanza secundaria y que no están evaluadas, a los cuidados de enfermería en general y al registro de los mismos que podría ayudar a generar y evaluar la evidencia.

X2: (...)Ellos dicen ¿y cuando volveréis? Y cuando haces una pequeña evaluación, pues ellos piden más cosas, pero, quiero decir que la percepción de esto es que sí que lo estamos haciendo, es verdad, pero realmente con esto ¿a dónde vamos? ¿estamos haciéndolo bien? ¿hay cambios? ¿sirve para algo? Es más, es que no tengo tiempo para evaluarlo porque tengo una presión asistencial detrás que es que ya voy justo para poderme escapar ese tiempo para poder ir a hacer esto.

Grupo de 10 a 20 años de experiencia

X5: Pero para que valga la pena, tiene que haber un cambio evaluado porque sino te dicen que hacer una intervención aislada no tiene efecto.

Grupo de 10 a 20 años de experiencia

X5: (...)que se estudiase la eficiencia de los cuidados de enfermería. De las curas... bueno, yo les llamo cuidados.

Grupo de más de 20 años de experiencia en AP

X8: Nuestra influencia debe existir, porque claro en el ámbito internacional está estudiado, pero en nuestro entorno no se sabe la influencia que nosotros tenemos, si realmente hemos modificado hábitos, o hemos hecho que se retarde la edad de empezar a fumar en los adolescentes. O eso mismo en los cuidadores. Porque claro, cuando les das el taller les parece fantástico, maravilloso y que sí, que puede que haya mejorado mucho, pero después no lo evaluamos.

X7: Yo pienso que una manera de medir y una manera de hacer la evidencia desde el punto de vista de enfermería es que si por ejemplo ahora registramos el inicio de la úlcera en tal fecha, y después tenemos equis fechas y vamos contando la evolución del proceso, que eso nos puede servir para la evidencia. Pero como hasta ahora no lo teníamos o, lo que he dicho al principio, que lo registrábamos en la hoja de enfermería el día correspondiente y nos olvidábamos de ello...

Grupo de más de 20 años de experiencia provenientes de AH

4.2.4.3. Necesidad de autogestión

Sentimiento u opinión de que la falta de autogestión de los CS es una barrera para realizar investigación.

Este punto surgió en dos de los grupos aunque enfocado de forma distinta, en el de coordinadoras con respecto a poder elegir al personal del equipo de enfermeras y en el otro grupo con respecto a gestionar recursos en general.

X5: Eso es lo que yo iba a decir, ¿eh?. O sea, que te den completa autogestión. Si tú tuvieses esto, o sea, si pudieses formar tu equipo, no tendrías tantos problemas.

X10: No, pero a ver X5, esto es cierto, primero tú dices autogestión, autogestión para el personal. Muy bien, nueve enfermeras, yo las elijo. Ya te

digo que yo no estoy de acuerdo... Estaría muy de acuerdo siempre y cuando hubiera cabida para las que nadie quiere.

Grupo de coordinadoras

X2: Bueno, y eficiencia. O sea, que nos dejara gestionar un poquito más los recursos a nosotros...

Grupo de 10 a 20 años de experiencia

4.2.4.4. Investigación transferible a la práctica

Necesidad de que lo que se investigue sea práctico, aplicable a la práctica clínica.

X7: Yo creo que lo prioritario sería identificar realmente unas necesidades que fuesen prácticas pero quiero decir para nosotros como colectivo.

Grupo de coordinadoras

X4: Yo pienso que ha de ser práctico, ha de ir por ahí más o menos.

X5: Práctico total.

X1: Tendríamos que participar.

X4: Por esto me gusta a mí este grupo porque es gente que está en los centros y que está currando de cada día no me libero para hacer... Que luego ya pierden el contacto con la realidad y no saben de que hablan.

X5: Nosotras estamos terrenales.

X4: Exacto, nosotras somos de a pie.

X2: Vivimos en la realidad.

X5: Vivimos, vivimos ahí.

Grupo de 10 a 20 años de experiencia

4.2.5. Quién debe investigar

Se trata de responder a la pregunta de qué tipo de profesionales de enfermería opinan que deberían investigar.

Pese a que en un primer momento algunos de los participantes argumentaron a favor de que se investigara únicamente por parte de enfermeras especializadas en investigación, en todos los grupos se llegó al consenso de que cualquier enfermera, ya sea asistencial o especializada en investigación, debería investigar.

4.2.5.1. Enfermeras especializadas

Expresan que deben investigar enfermeras dedicadas sólo a este fin.

En principio se mencionó este punto en dos grupos, aunque luego concluyeron que cualquier enfermera puede investigar.

X5: Enfermeras que estén preparadas y que hayan hecho un, una formación previa en evidencia, ¿no?

X4: Deben investigar los enfermeros. ¿Y cómo? Pues no lo sé, para eso ya están los técnicos que lo investigan que tienen que decir como lo tenemos que hacer (Ríen).

X3: Más trabajo que se nos echa encima. Que lo hagan los técnicos.

Grupo de 10 a 20 años de experiencia

X9: Una enfermera investigadora que solamente se dedique a eso.

Grupo de más de 20 años experiencia provenientes de AH

4.2.5.2. Cualquier enfermera

Expresan que debería investigar cualquier enfermera.

Se mencionó este punto en tres de los grupos.

X2: Pero encuentro que tenemos que ser todos, no... Yo no creo que sea un grupo especial. Que todos nosotros, como parte de tu jornada laboral pues participaras un grupo de trabajo para investigar sobre lo que a ti te interesara, por ejemplo.

Grupo de 10 a 20 años de experiencia

X9: *Debe investigar la gente que trabaja.*

X1: *Claro.*

Muchos: *Sí, sí.*

Grupo de más de 20 años de experiencia en AP

X8: *No pueden ser enfermeras solamente investigadoras.*

X2: *El tema tiene que estar allí en la práctica diaria, que luego será un aliado a la hora de llevar a cabo esa práctica que ya tiene evidencia. Mientras que si es una cosa que viene un poco ahí de las alturas, ambigua, artículos que nadie, nadie lee o que nadie tal pues esa práctica será mucho más difícil de, de llevar al día a día.*

Grupo de más de 20 años experiencia provenientes de AH

4.3. Relaciones interprofesionales

Alusiones de los participantes a las relaciones con los otros profesionales del EAP.

4.3.1. Relaciones con los médicos

Alusiones de los participantes a la relación interpersonal con los médicos y cómo afectan estos elementos a la utilización de evidencia en su práctica diaria (Figura 5).

En todos los grupos de discusión se trató el tema de la aplicación de evidencia en la práctica diaria con respecto a otros profesionales sanitarios del propio CS centrándose rápidamente en las relaciones existentes con los médicos. Se mencionaron distintos aspectos que las enfermeras identificaban como conflictivos al introducir nueva evidencia en su práctica diaria, tales como la percepción de incompreensión por parte de los médicos, la visión de la enfermera como un mero ayudante de técnicas, el desinterés hacia la enfermería, la falta de respeto profesional, la percepción de ser explotado por el médico, los conflictos de intereses entre médicos y enfermeras y el abuso de poder que las enfermeras opinan que los médicos llegan a ejercer en determinadas ocasiones. En todos los grupos se llegó al consenso de que el poder aplicar evidencia en tu práctica diaria en el caso de AP depende bastante del médico con el que formes microequipo (término utilizado en AP, referido al médico y la enfermera que trabajan juntos llevando un mismo cupo de pacientes). Por otra parte, se expresó que el tipo de relaciones con los médicos no se puede generalizar, ya que algunos ayudan al proceso mientras que otros lo dificultan.



Figura 5. Familia “Relaciones interprofesionales”.

4.3.1.1. Percepción de incomprensión por parte médica

Los participantes consideran que los médicos no entienden las prioridades detectadas por las enfermeras en cuanto a aplicación de evidencia.

Esta categoría emergió tan solo en uno de los grupos y no en un tono necesariamente negativo sino prácticamente excusándolos ya que opinan que los médicos de AP tienen mucho trabajo.

X4: Yo creo que no saben. No saben ni de que hablamos. La verdad...

X2: No, no participan. Ya tienen bastante con lo suyo. A mí a veces me dicen, ¿qué es esto de suplencia que hay por aquí en medio, que hay puesto por aquí? Quiero decir, no lo entienden.

Grupo de 10 a 20 años de experiencia

4.3.1.2. Marcos de relación variables

Variabilidad en las relaciones con los médicos según las personas y los CS.

Esta percepción surgió en tres de los cinco grupos haciendo referencia a la heterogeneidad y variabilidad en las relaciones con los médicos pero con matizaciones distintas.

Se hizo referencia, por ejemplo, a la imposibilidad de generalizar en este tema entre los médicos de AP comparando en algún momento con la misma relación en hospital.

X3: Yo creo que hay de todo.

Muchos: De todo, de todo.

X5: La mía es muy buena y te deja hacer. No es que te deje hacer de todo sino que ella es la primera que lo facilita...En este sentido sí que yo no puedo decir nada negativo.

Grupo de 10 a 20 años de experiencia

X3: (...)No, pero quiero decir que el médico no está todo el tiempo allí. Desde mi punto de vista, no duda de lo que hacemos. En cambio yo he vi-

vido en el hospital que la cosa no va así...

Grupo de más de 20 años de experiencia en AP

Se insistió en todos estos grupos en que el trabajo de la enfermera de AP se ve muy influenciado por el médico de familia con el que trabaja, al que se refieren como su “microequipo”.

Se nombraron casos de médicos que intentan quitarse trabajo pasándole a la enfermera las recetas o que menosprecian su trabajo delante del paciente, pero en general el consenso era que el médico del microequipo influye de manera definitiva en el trabajo de la enfermera de AP y que suele facilitar y confiar en su labor.

X8: Porque lo único que quiere es que le quites las recetas de encima, y claro, se han dado un par de casos de que toda la consulta es recetas. Que puedes hacer otras cosas, eso está clarísimo.

X4: En todo caso los habrá que necesitan que estés basándote en la evidencia porque, ellos mismos basan su práctica clínica y quieren que el de al lado no sea uno de andar por casa. Y también los hay que pasan. .

Grupo de más de 20 años de experiencia en AP

X1: Si te llevas bien con el microequipo...

X5: Tu microequipo te puede afectar positivamente o negativamente.

X7: Tengo uno que me tiró abajo toda mi evidencia y mi espíritu de enfermera y todo lo hizo en un momento, en cinco minutos (Ríen) y dije ¡Huy!, ¿qué está diciendo ahora? Además delante del paciente, me quedé... Pero normalmente trabajo con otros que realmente son positivos, que a veces me toman en cuenta más de lo que me deberían de tomar.

Grupo de 0 a 10 años de experiencia

4.3.1.3. Autonomía en el marco de relaciones

Alusiones a la autonomía de las enfermeras respecto a los médicos.

Esta categoría emergió de forma reiterativa en el análisis del discurso de todos

grupos y especialmente en el de coordinadoras, consensuándose que en AP la enfermera tiene más autonomía que en hospital.

X4: Relacionado con esto pienso que profesionalmente la enfermería de primaria está como más realizada que no la enfermería de hospital, porque como profesión, somos más independientes, tomamos decisiones, muchas más decisiones solos.

X10: Tenemos mucha más autonomía, es cierto.

X4: A mí me gusta, me gusta entre comillas, cuando el médico le dice al paciente, "todo esto se lo pregunta a la enfermera porque ella es la que sabe". Pues eso me encanta.

Grupo de coordinadoras

A este mismo consenso también se llegó en otros grupos.

X7: Hombre, yo cuando trabajé en hospital, hablar de autonomía... es que no tenía ni tiempo para pensar en ella.

(...)

X1: Yo tengo compañeras que se han ido a hospital y me dicen que pierden un montón de autonomía. Las curas, por ejemplo, nosotros en primaria más o menos si te llevas bien con tu microequipo las llevas tú, es tu parte de autonomía y en el hospital el cirujano te dice cura así, así y así. No piensas y yo, no está bien meterme con otra carrera, pero yo al menos que también he hecho estudios de fisio me dicen el paciente es tuyo, ponle imaginación, y tengo la evidencia en mi mano y la aplico como yo veo. En enfermería, siendo una carrera que tiene tanto abanico y tanta cosa, en primaria veo que podemos hacer cositas, pero es que en hospital están peor...

Grupo de 0 a 10 años de experiencia

En el grupo de coordinadoras se habló de que esta autonomía implica responsabilidad y ética y de que en su opinión hay enfermeras que no se sienten cómodas con esta independencia.

X10: Pero no es, ya no es la motivación, es la responsabilidad. O sea, porque ella dice en una planta, yo hace mucho que no estoy en hospital, pero muchísimo, pero lo que tú dices es verdad que una enfermera en un hospital no tiene la potestad que tenemos en atención primaria.

X10: Pues claro que está la ética de cada uno y todos tenemos que, somos responsables. Pero es así.

X9: Ahora, yo pienso que sí, que ha mejorado un poco, porque antes yo creo que miraban pacientes, número de pacientes y ahora ya van, han entrado dentro de otra cosa. Lo que escribe lo que registra se supone que lo he pedido, lo he valorado y lo hago, si no ya va a la conciencia de cada uno, pero yo quiero dormir tranquila. (Ríen)

X6: Lo que yo creo que en este aspecto en primaria tampoco hay tanta autonomía, también tienes algunos que bueno...El otro día hubo uno que me dijo que curara a un paciente, me dio un papel y me puso "cura con Furacin". Quiero decir, esto depende un poco, no todo el mundo está tan avanzado en primaria. Y hay enfermeras a las que también les va bien que se lo den mascado.

Grupo de Coordinadoras

En otros grupos también se hizo referencia a que esta autonomía en las decisiones dependía de con qué profesional estabas trabajando.

X2: O sea, ya no sólo depende del centro, dependiendo de con quien esté también actúo de una forma o de otra. Depende de con quien esté. Me considero súper autónomo y dependiendo de quién venga detrás voy con más cuidado

Grupo de 10 a 20 años de experiencia

También surgió el tema de que esta autonomía de la enfermera de AP agiliza el trabajo y beneficia al paciente por la continuidad de cuidados y la cercanía de la enfermera, lo que también constituye una satisfacción para la propia enfermera.

X4: Y en primaria todavía, pero en hospital.

X1: *Están los pobres pacientes...*

X7: *Depende de donde vayas.*

X1: *Puede ser, yo tengo poca experiencia.*

X4: *Pero por lo general, aparte, en primaria es como más dedicada al cuidado. A lo mejor sí, en el hospital sí que tienen más en cuenta las necesidades del paciente de la cama, del no sé qué, del no sé qué más, pero luego...*

Grupo de 0 a 10 años de experiencia

X1: *Se agiliza muchas veces la actuación porque si tienes que estar esperando que otro profesional te autorice, te tal, te prescriba pues entonces estás perdiendo tiempo y si tienes más autonomía es mucho más ágil la atención al paciente, ¿no? Entre otras cosas.*

X3: *Nosotros tenemos una continuidad en el tiempo que también nos beneficia a nosotros como profesionales, nos da más práctica, más conocimiento, y el usuario porque le damos confianza, le damos seguridad y yo creo que...*

X5: *Hombre, yo creo que la ventaja para el usuario es que tú vas a su casa a verlo, tú ves la evolución de él continuamente. Ahora el médico lo ve menos. Si está en domicilio lo ve bastante menos, ¿no? Incluso los crónicos pues te vienen más a ti, ¿no?*

Grupo de coordinadoras

Algunas de las enfermeras afirmaron que era un privilegio trabajar en AP y que valía la pena luchar por mantener y avanzar en esa autonomía.

X9: *Yo creo que sí.*

X7: *Sí.*

X6: *Yo creo que en atención primaria tenemos mucha autonomía, es una de las cosas positivas...*

X4: *Estar en primaria es un privilegio.*

X6: *Es un privilegio seguro. La autonomía para mí, lo es de verdad.*

X1: *Yo lo tuve claro desde el principio, la autonomía de primaria.*

Grupo de más de 20 años de experiencia en AP

X1: *Puede ser alguien que te dé las directrices básicas, pero tú como enfermero tienes que tener tu propia autonomía para decidir, porque sino dejamos de defendernos y no somos nada.*

Grupo de 0 a 10 años de experiencia

Estas opiniones expresadas con más o menos extensión en todos los grupos se contrastan con el discurso de las enfermeras con más experiencia que provenían de recientes traslados a AP desde el hospital que ven esta autonomía como algo negativo. Esto corrobora la opinión expresada en el grupo de coordinadoras de que hay enfermeras que no se sienten cómodas con esta independencia del médico. Estas enfermeras hacen referencia a la soledad que sienten en AP, a su percepción de abandono y aluden al hecho de tener que tomar decisiones como algo negativo.

M: *¿Y consideráis que en lugar de trabajo que estáis institucionalmente se os favorece la autonomía como profesionales de enfermería?*

Muchos: *Sí, sí, sí.*

X7: *Demasiado y todo.*

X6: *Totalmente.*

X8: *Yo ahora lo iba a decir, no solamente se nos favorece si no que...*

X7: *Aquí te dejamos, ahí te pudras.*

X6: *Demasiado.*

X4: *Tienes que tomar muchas decisiones sola y...*

X2: *Es otro, otro mundo.*

X9: *La primera sensación que tuve cuando fui a primaria fue esta.*

X6: *Soledad.*

Muchos: *Sí, sí.*

X9: *Hacemos lo que queremos.*

X5: *Casi nos consultan.*

M: *¿Sí?*

Muchos: *Sí, sí, exacto.*

Grupo de más de 20 años experiencia provenientes de AH

En este mismo grupo también se expresó alguna opinión en el sentido de que esta independencia contribuía a sentirse mejor en AP, pero fué rebatida por el grupo.

X8: *No, pero antes, tenía un trabajo más técnico pero era mucho más dependiente del médico, ¿no? Y ahora pues yo me lo como, yo me lo guiso. Bueno, que quiero decir que ya tienes un intercambio con el médico, hay una relación que tanto hay de aquí a allí como de allí a aquí, ¿no? Pero como enfermera me siento más profesional, más independiente, lo que me gusta, a mí me gusta.*

X2: *Yo igual.*

X1: *Depende de con quien te toca y de con quien trabajas. Yo me siento tan enfermera en primaria como en hospital.*

Muchas: *Sí, sí, sí.*

X6: *...a lo mejor los sitios donde nosotros trabajábamos eran muy técnicos y cumplías un trabajo, un tratamiento o una prescripción que es lo que tú hacías. Y no había duda, tú cogías el tratamiento que te daba el médico y era con lo que trabajabas. Yo pienso que así sí que te sientes más profesional.*

X4: *Pero es igual, aunque estés en un centro que la gente esté muy aco-
plada y te ayuden mucho y tal es lo mismo. Da igual, quiero decir, en el
hospital, nunca estás sola y pocas veces tienes que tomar una decisión tú.
Te dicen haz esto y haz lo otro y ya está. Y poco más. Pero es que en pri-
maria decides tú y eso no es...*

Muchos: *No, no, no.*

Grupo de más de 20 años experiencia provenientes de AH

4.3.1.4. Visión como ayudante de técnicas

Manifiestan que algunos médicos ven a la enfermera como a una asistente de técnicas.

Esta categoría tan sólo surgió en uno de los grupos en el que lo veían como algo negativo contrastando con la opinión expuesta en los *verbatim*s del grupo de enfermeras más antiguas expuestos en el anterior punto, de que el trabajo técnico les resultaba más cómodo.

X3: Sí. También me he sentido en ocasiones de que yo sólo estoy para poner inyecciones y hacer electros.

X2: Sí yo también.

X3: Con según quien.

Grupo de 10 a 20 años de experiencia

4.3.1.5. Desinterés hacia enfermería

Consideran que a algunos médicos parece no interesarles la enfermería.

Esta categoría surgió sólo en dos grupos de forma muy puntual pero con acuerdo y comprensión por parte del grupo.

X3: Y también he tenido algún médico como microequipo que ha pasado de todo y que incluso que no le ha importado para nada mi trabajo.

Muchos: Claro.

Grupo de 10 a 20 años de experiencia

X4: (...)Y hay médicos que pasan. Hay que pasan, pero dificultar...

Grupo de más de 20 años de experiencia en AP

4.3.1.6. Poco respeto profesional

Falta de consideración de algunos médicos hacia las enfermeras.

Este punto se discutió tan solo en dos grupos haciendo alusión de forma muy puntual a ejemplos de falta de respeto por parte de los médicos en un caso en el contexto de AP a las sesiones de enfermería.

X2: A mí me han sacado de una sesión de enfermería para dar un bote de orina. Un profesional médico. Y evidentemente, tengo una reclamación y ya me han dicho, ¡huy cuidado! que no puedes tener más de no sé cuantas, por los indicadores. Y digo, ¡anda, que le den! ¿Voy a dejar una sesión de enfermería que me interesa por dar un bote? O sea, yo creo que mi compañero tendría que haber ido y sabiendo que enfermería estaba reunida a esa hora, dar el bote, que no le va a pasar nada. O sea que, hay de todo y no es lo habitual. Ahora me he acordado y me dolió. (Ríen).

Grupo de 10 a 20 años de experiencia

Y en el otro caso a una cura pautaada por un médico del ámbito hospitalario.

X2: A ver, yo lo haré con parche pero el paciente me dijo no, es que a mí lo que me hacían en el hospital y me dijo el médico que había que hacerme es ponerme las gasas y que siempre estuviera húmedo. Digo bueno, pues esto es imposible aquí porque nosotros no estamos las veinticuatro horas aquí en su casa para hacerle una cura húmeda de este tipo, se lo tengo que curar con esto otro y se lo tuve que explicar al paciente y convencerlo de que le tenía que hacer otro tipo de cura húmeda.

Grupo de más de 20 años experiencia provenientes de AH

4.3.1.7. Percepción de ser explotado

Percepción por parte de las enfermeras de ser utilizadas para investigación sin reconocimiento.

Refiriéndose al triaje de urgencias por enfermería en los CS, esta categoría surgió en el grupo de coordinadoras y en el de enfermeras con más experiencia en AP.

X10: Sí, sí, y vendió lo del triaje de urgencias como “lo más” y vamos que la enfermera tiene un papel súper importante.

X11: Que se pone en un protocolo lo que los médicos quieren que tú hagas.

Te dicen “está protocolizado”. De un protocolo nada, el noventa por ciento de los protocolos son lo que yo llamo, vamos la perversión...

Grupo de coordinadoras

X5: Pero después tú haces un estudio y tú has colaborado y tú no vas ahí, tú eres el que ha recogido los datos.

Grupo de más de 20 años de experiencia en AP

Y de forma algo más extensa en grupo de enfermeras provenientes del hospital.

X4: (...)Y yo como me he llevado mucho trabajo a casa y he hecho muchas horas que no me han dado he decidido que no me llevaré nada más. ¡Estoy negativa!.

X7: Claro, es lo mismo que el investigador principal y el de detrás que lo hace y no sale en ningún sitio.

X2: Bueno, pero es una manera de aprender.

X7: Es una manera de aprender. No, no, no estoy de acuerdo.

X2: Cuando haces de “machaca” lo único que haces es...

Grupo de más de 20 años experiencia provenientes de AH

4.3.1.8. Abuso de poder

Utilización de la autoridad médica sin justificación o excediendo sus competencias.

Esta apreciación salió a la luz solamente en dos grupos de forma muy puntual sin ser apoyada por el resto del grupo.

X2: Pero también está medicina y no sé porque ellos tienen que mandar más que nosotros.

Grupo de 10 a 20 años de experiencia

X6: Te ocupan el tiempo con una cosa que podrías aprovechar para hacer otro trabajo que sería más gratificante.

Grupo de más de 20 años de experiencia en AP

4.3.1.9. Conflicto de intereses médico/enfermera

Circunstancias que ponen de manifiesto el poder del médico frente al de la enfermera.

Esta categoría emergió de forma muy puntual en un solo grupo:

X2: Que es un avance, es un avance la receta electrónica, supongo que estaréis todos de acuerdo, pero claro, en el momento en el que necesitas un material para cura y todo esto ya tienes que ir al médico, y normalmente no te pone problemas, pero el médico te puede poner problemas y decirte "Yo no te hago tal y tal..."

Grupo de coordinadoras

4.4. Relaciones con la institución

En el marco de las relaciones de las enfermeras con la institución fue donde se detectaron los discursos más complejos y más ricos con respecto a la introducción de nueva evidencia.

Por una parte, se detectaron diferencias respecto al punto de vista de la gerencia de AP y las enfermeras. Se mencionaron en los diferentes grupos temas como la diferencia entre la autonomía teórica y la real, los mensajes contradictorios desde la institución para introducir nueva evidencia, la politización del gasto, las diferencias de prioridades entre la parte asistencial y la institución, la priorización de funciones delegadas frente a las autónomas de enfermería y la priorización del rol asistencial de la enfermera frente al rol investigador de la misma (Figura 6).

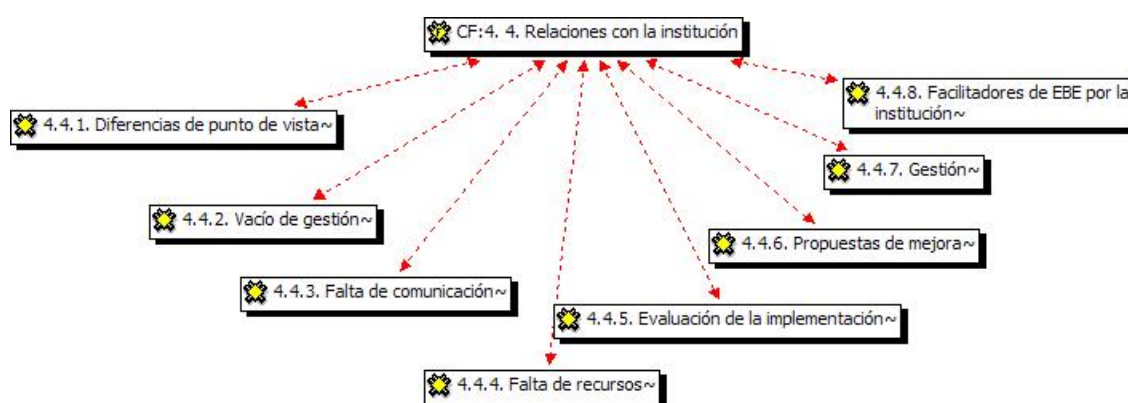


Figura 6. Familia “Relaciones con la institución”

4.4.1. Diferencias de punto de vista

Distintas visiones de las enfermeras respecto al enfoque institucional en diversos temas que afectan de manera concreta a la aplicación de evidencia en la práctica diaria y la realización de investigación. El discurso en esta categoría resultó tan extenso en todos grupos que se dividió a su vez en nueve subcategorías.

4.4.1.1. Autonomía teórica vs. real

La autonomía que se le supone a la enfermera desde la institución no es real en la práctica.

Este punto tan sólo fue mencionado por el grupo de 10 a 20 años de experiencia.

X5: (...)Pero te puedes encontrar que aunque la cúpula directiva nos diga tenéis que ser autónomas, y tenéis que hacer..., pues te puedes encontrar que te frenes mucho porque una cosa es la que se dice en un despacho y otra es lo que se dice día a día, y esto se encuentra. Luego hay un conflicto y no te apoyan desde arriba.

Grupo de 10 a 20 años de experiencia

4.4.1.2. Mensajes contradictorios desde la institución

Desde la institución se da un mensaje que las enfermeras perciben como una contradicción con lo que la propia institución favorece en realidad.

Esta categoría surgió en los dos grupos de enfermeras con más experiencia.

X9: Esto es lo que han hecho con la receta electrónica, con los médicos y anteriormente con la historia clínica.

X5: Cuando les interesa una cosa concreta sí que se hace.

X9: Lo han hecho, lo han hecho.

X5: Pero claro, tiene que haber un interés. O se tiene que ver que es importante para que la gerencia lo haga.

X1: Pero creo que estaríamos lejos, eh. Porque aunque sea importante para nosotras no se hace, pero si es para los médicos es otra cosa ...

Grupo de más de 20 años de experiencia en AP

X3: Es que me parece genial, pero es que no te dan la estructura para organizarte.

X2: Te dicen que sí pero no.

X3: Con lo cual no.

Grupo de más de 20 años experiencia provenientes de AH

4.4.1.3. La política fomenta la dependencia de los pacientes

El enfoque de la atención sanitaria que se pide a las enfermeras desde la institución hace al paciente más dependiente del sistema de salud.

Esta categoría surgió en todos los grupos excepto en el de enfermeras con más experiencia en AP. Además fue un tema ampliamente argumentado y respaldado por todos los grupos. En el grupo de coordinadoras se hizo alusión al “programa del niño sano” que consideran innecesario en nuestro entorno y que ha colapsado las consultas de pediatría.

X10: Ahora que has dicho esto diré una cosa, había un pediatra en mi centro que decía este no es el programa del niño sano es el programa de la madre tonta.

(Ríen)

X3: Hacemos a las madres dependientes y al niño sano crónico.

Grupo de coordinadoras

También se hizo referencia al poco sentido común que muestra la población al acudir ante cualquier nimiedad a urgencias buscando una solución inmediata.

X4: “Es que me han llamado de la escuela que tiene fiebre”. Y en vez de irse a su casa lo traen directo. Eso también es súper fuerte.

Muchos: Sí, sí.

X5: Porque tenemos que solucionar todos los problemas y lo quiero hoy y ahora y ahora mismo y ya está, y te pasan la papeleta entera.

X1: Es que por una parte no tenemos que mirar la tensión pero a todo el mundo le tenemos que poner el termómetro pero, ¿no sería mejor que cuando te encuentras mal y te notas fiebre te pongas el termómetro tú mismo? Quiero decir... (ríe).

Grupo de 10 a 20 años experiencia

También en este mismo grupo se hizo referencia a la contradicción entre lo que

supone la base de la educación para la salud en AP y lo que fomenta la política realmente (dependencia de los pacientes y voluntarismo del personal sanitario).

X2: Todo el mundo dice la palabra esta, el empowerment este, empoderar, empoderar pero las políticas no quieren que empoderemos.

X2: Tenemos un campo muy...

X3: Muy amplio.

X2: Muy de buenos samaritanos.

Grupo de 10 a 20 años experiencia

En dos de los grupos, el de las enfermeras más jóvenes y uno de los de enfermeras con más experiencia, se insistió en que era importante educar a la población desde el triaje en urgencias de los CS para fomentar un buen uso de las urgencias y la responsabilidad de la población ante su propia salud.

X3: Pero para esto que tú dices tienes que cambiar la mentalidad de la gente. Cambiar la mentalidad de la gente quiero decir, yo cuando veo que me viene a urgencias un niño que no ha tenido ni media hora de fiebre cuando le he dicho veinte mil veces cada vez que venga a la consulta, “esperaros que tenga un día por lo menos o doce horas de fiebre para ver el qué, porque es que esto todavía no podremos diagnosticarlo”, y al día siguiente, a la media hora te viene y le dices “¿desde cuando tiene fiebre? Desde hace media hora”. Es que la estamparía.

X8: Ya, X3, se te llevan los demonios pero tienes que seguir en esa línea, aunque te cueste más hablar, en sala de curas haces más trabajo al decirle “esto no es una urgencia, pida hora a su médico, no sé que...” Haces más... Pero esto hay que hacerlo, hay que educar a la población ...

Grupo de más de 20 años experiencia provenientes de AH

X5: Sí, creo que hay un bloqueo, yo creo, eh, que en la población hay un bloqueo en el que cuando ven algo que, en relación a sanidad, es como uy, que miedo. Tanto como para darle algo al niño como para(...)Hay muy poca información y no quieren responsabilidad e información porque sa-

ben que te tienen a ti veinticuatro horas entonces pues prefieren que sea un sanitario el que se responsabilice de su hijo o de su hija. Pero ya no es eso, es que como ellos no se responsabilizan y no quieren informarse pues no traspasan esa información. O sea, nos estamos encontrando gente joven, catorce, dieciséis años, diecisiete con ningún nivel en cuanto a cultura socio sanitaria, ningún nivel, ninguno. O sea, que igual te viene una con una, pues por poner un ejemplo, con una ampolla porque el zapato le ha rozado y lo primero que le digo "bueno, pues tendrás que cambiar de zapato" y me mira como diciendo me acaba de descubrir la tinta. Y es increíble pero es que eso no es un caso aislado, es que es mucho entonces hay, es un trabajo que se debería hacer de educación, ahí hay un... Bueno, hay un filón ahí que si enfermería quiere.

Grupo de 0 a 10 años de experiencia

4.4.1.4. Politización del gasto

Enfoque económico sanitario que atiende a criterios más electoralistas que de salud.

Esta categoría surgió en dos grupos. Llama la atención que se discutió de forma muy amplia en el grupo de enfermeras con más de veinte años de experiencia en AP que fue el único en el que no emergió la categoría anterior de que la política fomenta la dependencia del sistema sanitario, tal vez hablan de lo mismo pero desde distintos puntos de vista.

En este grupo pusieron de manifiesto la carencia de indicadores no económicos que midan realmente el trabajo de la enfermera y la dificultad que supone para las enfermeras demostrar resultados inmediatos y políticamente interesantes.

X7: Pero entonces, esto es evidente, que sólo valoran lo económico. Y nuestra labor es a muy largo plazo. Y un político lo quiere a los cuatro años, y entonces nuestra labor no se nota al año ni a los dos años, es de larguísimo recorrido.

X2: (...)Posiblemente si hiciéramos estudios de la eficiencia de nuestros cuidados nos ayudarían además a establecer indicadores de calidad más

claros que los que hay hoy, que apenas existen, y además, se podrían utilizar para incentivarnos como toca.

Grupo de más de 20 años de experiencia en AP

Se concluyó que sería de vital importancia que las instituciones evolucionaran y fueran más profesionales y menos politizadas.

X1: (...)para que nuestras instituciones piensen que esto es importante creo que incluso ellos tienen que madurar y evolucionar. Y probablemente tendrían que dejar de ser instituciones políticas y tendrían que empezar a ser instituciones mucho más profesionales.

Grupo de más de 20 años de experiencia en AP

Además se habló de este tema en la misma línea, refiriéndose a la gestión de los recursos sanitarios, en el grupo de enfermeras con 10 a 20 años de experiencia en AP con respaldo total del grupo (aplaudieron).

X2: Esto es indignante, es una medida política... Que no politizaran tanto la sanidad. O sea, yo lo principal despolitizar la sanidad de una vez por todas (se oyen aplausos) porque mientras la sanidad esté politizada mal andamos todos.

Grupo de 0 a 10 años de experiencia

4.4.1.5. Desigualdad de trato

Percepción de que, desde la institución, hay diferencias según la profesión sanitaria que se desempeñe.

Esta categoría surgió en tres de los cinco grupos y en todos se comparaban a los médicos ya que se sienten peor tratadas respecto a ellos. Consideran que la organización en los CS favorece que realicen sesiones científicas e investigación de forma más formal que las enfermeras y mejor integrada en el horario laboral.

X2: Es que no estamos todos en el mismo nivel jerárquico, ya empezando desde aquí, ya no estamos al mismo nivel. O sea, ya empezando de arriba ya no vamos bien, hasta que en esto no vayamos igual...

X2: *Es que desde arriba el trato que se hace no es el mismo tampoco. O sea, es que ellos tienen dos pull fijos de medicina más todos los residentes, ellos sus sesiones de ocho y media a nueve y media sagradas. O sea, ellos tienen muy pam, pam, pam. Nosotros ya es como un ente que va por ahí y se reúne cuando puede y hace lo que puede.*

X5: *Ya hay diferencias de las más básicas.*

X3: *Sí, y enfermería no puede dejar sola urgencias, enfermería no puede ...*

X5: *Es que es muy diferente. .*

Grupo de 10 a 20 años experiencia

X2: *La verdad es que nosotros somos un colectivo que los médicos por ejemplo tienen reconocido una parte de su trabajo, de su horario para hacer investigación. Formación e investigación. Nosotros la verdad es que no tenemos tiempo. Ese tiempo.*

X7: (...) *Aquí está la cosa, que a lo mejor los médicos, no es que me guste comparar, pero sí que la parte de investigación y todas estas cosas de formación parece que sí, que tienen como un tiempo de poder ir a la biblioteca o un tiempo de dedicarse al ordenador o lo que sea.*

Grupo de más de 20 años experiencia provenientes de AH

Consideran que al solicitar ahorro en sustituciones de personal sanitario a los CS se favorece a los médicos.

X1: *Pero sólo hace falta que lo mires, sin entrar en esto, ahora a la hora de la austeridad a las enfermeras no se les sustituye, los médicos, los equipos médicos siguen teniendo pulls. Funcionan con pulls la mayoría, nosotros no estamos sustituidos. Lo que quiero decir, es que vamos a ver, ¿cómo se valora nuestro trabajo? ¡Eh! cuando de repente dejas de sustituirlo prácticamente todo. Esto es súper importante.*

Grupo de más de 20 años de experiencia en AP

O cuando desde la institución se conceden nuevos profesionales sanitarios ya que en todos los CS hay más médicos que enfermeras.

X2: No, yo decía que, que realmente está claro que, que no se le da a lo mejor tanta importancia al tema de enfermería como al tema médico, por ejemplo, yo no sé si en otros centros pasa pero en mi centro hay más médicos que enfermeras y se llenan la boca de decir micro equipo.

Grupo de más de 20 años experiencia provenientes de AH

Incluso a nivel social, en la prensa.

X1: Pero no es lo que vende. No nos venden a nosotros, venden a los médicos. Cuando se habla de problemas sanitarios, los médicos, las enfermeras siempre parece que van a la cola. Cuando se habla, mira el periódico, mira en todos lados.

Grupo de más de 20 años experiencia

4.4.1.6. Diferencia de prioridades asistencial/institución

Percepción de las enfermeras de que desde la institución dan preferencias distintas de las que se vislumbran desde lo asistencial.

Este punto surgió en dos de los grupos. Se expresó con cierta decepción la poca importancia que se da a la educación para la salud frente a técnicas o tareas derivadas.

X2: Deja de poner una inyección. Se cae el mundo.

X4: Deja de hacer docencia en un colegio. No pasa nada. Eso es muy triste, ¿eh?. Yo encuentro muy triste que los trabajos derivados tengan que ser siempre lo primero y que las que tendrían que ser nuestras competencias reales no...

X5: La educación para la salud es lo más importante y ya está.

X4: Nosotras lo tenemos claro, pero hay mucha gente que no.

X5: Bueno eso es verdad.

Grupo de 10 a 20 años experiencia

Además también se puso de manifiesto que la gerencia apoyaba actividades y estudios según sus prioridades, no las del CS.

X4: *Si son cosas que ellos (la gerencia) tienen interés en que se implanten, mucho.*

X4: *Yo eso lo sé porque ahora ha salido un taller de cuidadores y nos han apoyado, nos han ayudado en todo lo que hemos necesitado, quiero decir, pero esto está dentro de sus prioridades, ¿vale? (Ríen) Si es una cosa que no es muy prioritaria...*

X2: *Un indicador estrella, de esos que dicen.*

X4: *Si no es indicador estrella...*

X5: *Es más difícil.*

X3: *No lo sé, no mantengo relaciones con la gerencia.*

Todos: *Ríen. .*

Grupo de 10 a 20 años experiencia

En el grupo de enfermeras con más experiencia en AP se discutió ampliamente este punto apelando a la necesidad de medir la calidad del trabajo en enfermería, no sólo el gasto médico en farmacia.

X2: *Porque claro, mientras lo que seguimos mandando de mensaje de importancia del gasto farmacéutico, es que yo creo nos van a plantar. Hay unos power points maravillosos de los estudios que ha hecho cada uno de los médicos, de si han recetado amoxicilina, el beta no se qué o el inhalador no sé cuantos... Si además de esto existieran datos sobre nuestro trabajo y se demostrara que eso es importante, no sólo el gasto que tenemos en fármacos y demás, a lo mejor sería distinto...*

Grupo de más de 20 años experiencia

También se habló de que por un lado las enfermeras debían ser responsables de la calidad de su trabajo pero ayudadas y lideradas por la institución, en este caso hicieron referencia al gabinete técnico de AP y a la necesidad de que los directivos prioricen de forma rigurosa la formación.

X2: *Yo creo que la responsabilidad empieza por nosotras mismas y nosotros mismos en nuestro día a día pero es muy importante que, como decía*

X6, haya ahí, en la institución un, no sé, un liderazgo o como lo queramos decir o enfermeras trabajando en el gabinete técnico, yo no tengo nada que decir con el número de enfermeras que trabajan en el gabinete técnico...

X3: No, ya, ya, ya.

X2:... Lo que sí que quiero es que cuando hago una demanda para hacer un trabajo de una manera rigurosa y seria precisamente esas personas que podríamos tener como referente para hacer ese trabajo "basado en la evidencia", te encuentres una respuesta totalmente anómala o en el otro sentido.

X1: (...)Y creo que esto llegará pero ahora es difícil porque los propios directivos tienen que tenerlo muy claro. Tienen que tenerlo claro a la hora de organizarnos y que en los centros de salud haya un lugar y un espacio. La formación mucho más rigurosa, a este nivel.

Grupo de más de 20 años experiencia

4.4.1.7. Mala utilización de los recursos personales: Urgencias.

Percepción de que el triaje de urgencias por enfermería es un desperdicio de personal.

Esta categoría emergió en todos los grupos excepto en el de enfermeras con más experiencia en AP considerándolo, con gran respaldo de los grupos, absurdo, como una imposición de la gerencia y sugiriendo incluso quitarlo de los CS.

X3: Conseguir que haya una sola enfermera en sala de curas, que es necesaria, pero no dos personas haciendo triaje, que normalmente suele ser absurdo, poco agradecido y además te genera problemas y luego no has tenido tiempo de hacer tu consulta de enfermería bien hecha. Podrías tener veinte minutos para hacer una valoración, realmente preocuparte más por la persona y no puedes porque tienes que estar abajo preguntando "¿qué pasa? ¿te duele la garganta? Ponte el termómetro, hala, sube". Entonces es un poco absurdo.

Grupo de 0 a 10 años de experiencia.

X5: *Por ejemplo, ¿el triaje lo hicimos por conveniencia o fue impuesto?*

X10: *Pero impuesto por gerencia X5.*

Grupo de coordinadoras

X3: *Eso no lo vas a conseguir. Yo otra cosa que haría sería quitar el triaje de urgencias (ríe).*

X1: *Sí.*

X2: *...bueno, una pasada. Y realmente si tiene que venir a mí que venga a mí, pero si no tiene que venir a mí que no venga a mí, o sea... Y, y eso no lo entienden. Y luego los médicos lo dicen, en mi centro estamos igual. Al final hemos acabado que todo pase por enfermería y eso ni hablar... (Hablan todos a la vez) Sino no pueden venir. Y me da igual como se pongan, a mí no me van a imponer nada.*

Grupo de 10 a 20 años experiencia

X9: *...por ejemplo, no sé que opináis vosotros, pero todo el trabajo que se hace en sala de curas, el ochenta por ciento es tontería.*

X2: *No, esto ¿sabes que es? Esto es abrir una puerta, yo el otro día lo discutía con mi coordinadora, abrir una puerta a la gente que no quiere pedir hora.*

Muchos: *Exacto, exacto.*

X2: *La mayoría de cosas que te vienen a sala de curas son chorradas.*

X8: *De hace diez días, ocho días.*

X2: *Que podrían ir a una consulta sin ningún problema. Sin ningún problema. Y eso es generar más demanda y este tiempo se podría estar dedicando a otras cosas, porque tiene que haber una sala de curas para urgencias vitales, o urgencias de verdad.*

Grupo de más de 20 años experiencia provenientes de AH

4.4.1.8. Priorización de funciones delegadas vs. autónomas

Desde la institución se da preferencia a las funciones dependientes de otros profesionales.

Esta categoría surgió sólo en uno de los grupos, aunque se podría incluir como un matiz de la categoría anterior o de la posterior, en este caso se referían no al triaje de urgencias sino a la investigación.

X3: No nos dan los medios. Yo me había metido en uno de entrevista motivacional sobre la dependencia terapéutica y he tenido que salir de él ya con la gente captada, con todo, me cambian a pediatría (ríe) Y sí, lo podía haber hecho fuera de horario laboral.

Grupo de 10 a 20 años experiencia

4.4.1.9. Priorización de lo asistencial vs. investigador

No se facilita la investigación dando preferencia a lo asistencial.

Esta categoría surgió en todos los grupos menos en el de enfermeras con 10 a 20 años de experiencia. En todos estos los grupos surgió este punto al hablar de que una de las funciones de la enfermera es la de investigar y no se le da la suficiente importancia.

X10: Está la investigación.

X2: Claro, pero no sé yo si muchas veces priorizamos excesivamente una actividad asistencial, a lo mejor hay que hacer otro enfoque.

Grupo de coordinadoras

X4: Sí que es verdad que cuando te están dando por ejemplo la formación te dicen dentro del apartado de promoción tenéis el apartado educativo, el apartado de investigación, el apartado de tal... Cuando cobras supuestamente un porcentaje de lo que cobras va por todas esas actividades. (...)al final lo único que les interesa es que vayas, trabajes y punto. No te motivan para ninguna de esas otras cosas. Y tampoco te dejan un apartado especial para investigar y formarte. Sí, te dejan formación, te dejan

una mierda de horas de formación al año, tampoco vas a ningún lado.

Grupo de 0 a 10 años de experiencia.

X9: Lo que pasa es que está mal organizado. Está mal organizado y están priorizadas unas cosas que no son necesarias.

Grupo de más de 20 años experiencia provenientes de AH

4.4.2. Vacío de gestión

Percepción, en distintos campos, de que no hay mensajes y una dirección clara desde la institución.

Parece ser que las enfermeras perciben un vacío de gestión por parte de la gerencia que les afecta de manera directa dificultando la aplicación de nueva evidencia. Este vacío de gestión se constata en diferentes elementos emergentes en el discurso tales como la falta de control institucional que se refleja tanto en la pérdida de hábito en la actualización de su práctica diaria como en la postergación de la misma a un momento en que la enfermera piense que puede formarse con mayor tranquilidad.

4.4.2.1. Falta de control institucional: Pérdida de hábito

Percepción de falta de control de la calidad del trabajo diario con lo que se descuida la formación ya que es totalmente voluntaria y nadie la controla.

El discurso en esta categoría se refirió tanto al horario y voluntarismo de las sesiones en los CS como de los cursos de formación y al poco control por parte de la dirección.

X7: No hay nadie detrás para que lo hagas. O sea, si quieres trabajar bien, trabajas bien y si quieres trabajar mal, trabajas mal. Aquí nadie te viene detrás.

X6: Debería ser como una tarea más, igual que tienes analíticas de ocho a ocho y media pues tienes actualización.

Grupo de 0 a 10 años de experiencia

X1: *La estructura para las sesiones docentes, no nos ayuda porque tendría que ser a primera hora y tendríamos que estar más unificados. Y no todo el mundo ahora mismo quiere o está interesado en aprender ¿me entiendes? Pero es que, vamos, si no hay líder no hay nada.*

X5: *No, ya..., pero quiero decir que hay gente que puede decidir “yo esto no lo hago” y nadie le va a decir nada.*

Grupo más de 20 años experiencia

También se hizo alusión a la responsabilidad propia de formarse sea como sea, aún a costa del tiempo personal. Es importante hacer notar que cada vez hay alguna enfermera que se queja de esta falta de apoyo institucional siempre hay alguna que apela a la responsabilidad como buenos profesionales.

X9: *Pero esto pasa a diario en todas las profesiones. Hay gente que no está motivada para formarse y se sigue formando toda la vida...*

X2: *Pero eso es lo que digo.*

X9: *...y hay gente que no vuelve a mirar un libro hasta que se muere.*

(...)

X2: *Porque yo por ejemplo un arquitecto que no se forma no quiero que me haga mi casa y a mí me da igual si se forma en horario laboral o si se forma, que no se forma en horario laboral, eso está claro, se tiene que formar después y muchos profesionales lo mismo. Es que nosotros no puede ser tampoco que...*

Grupo de más de 20 años experiencia provenientes de AH

4.4.2.2. Falta de control institucional: Postergación

Percepción de falta de control del trabajo diario con lo que se deja todo (la formación, el reciclaje, etc.) para más adelante.

Se halló esta categoría en dos de los cinco grupos.

X4: *No, tú te lees el protocolo, si te gusta y te va bien...*

X1: *Después con calma, sí.*

X4:...lo aplicas cuando quieras y si no puedes ahora, pues no.

Grupo de 10 a 20 años experiencia

X6: A veces han liberado gente para algo en concreto. A lo mejor se tendría que haber sido un poco más estrictos. Te dan tiempo para formarte y entonces sí que te pueden exigir inmediatamente después que transmitas tus conocimientos, es que en principio debería ser así. Y ahora es difícilísimo que te liberen, es casi imposible. Y si ellos no te dan el tiempo y la formación pues la haces cuando buenamente puedes y quieres.

Grupo de más de 20 años experiencia

4.4.2.3. Falta de responsabilidad institucional

Percepción de que la institución elude sus deberes respecto a la EBE.

Prácticamente todos los grupos apelaron a la responsabilidad personal a pesar de admitir que la institución es quien debería fomentar y facilitar el uso de EBE.

X12: (...)debería ser la gerencia que me dijera mira, ahora ha salido está última guía clínica que dice esto evidencia A y ahora lo vamos a pasar.

Grupo de coordinadoras

X8: De todas formas en, en la gerencia hay un gabinete de docencia ¿no? Entonces ellos desde allí hay una cierta responsabilidad en este tema.

X1: Básicamente. Y después de la institución que lo fomente también. Pero básicamente yo creo que nosotros, ¿no?

Muchos: Sí.

Grupo de más de 20 años experiencia

X2:...de dar el mejor servicio y si no te, no te puedes formar el cien por cien en tu horario laboral pues tendrás que formarte también en horario fuera de la jornada laboral (...)Pero si yo me pongo en el lado del paciente quiero que me atienda la enfermera mejor formada. No quiero que me atienda una que no ha visto un libro en su vida desde que terminó.

X8: (...)Quiero decir que sí, que si se supone que trabajamos con un mode-

lo de evidencia, yo personalmente, desde gerencia no me ha llegado nada.

M: ¿Quién pensáis que tendría que tomar la decisión de aplicar la práctica de la enfermera basada en la evidencia?

X4: Las instituciones y después secundada por los profesionales.

Grupo de más de 20 años experiencia provenientes de AH

4.4.2.4. Falta de liderazgo institucional

Percepción de que falta una dirección desde la institución que fomente la EBE en las enfermeras.

Esta categoría emergió en el análisis del discurso de todos los grupos excepto en el de coordinadoras. Esta falta de liderazgo se puso de manifiesto con distintos matices. Por ejemplo en uno de ellos se consideraba, con gran respaldo del grupo, que la gerencia no usa su poder de convocatoria y liderazgo.

X2: Y yo encuentro que ellos tienen un arma muy buena de juntarnos, por decirlo de alguna forma más, o sea, coger a la gente con la misma inquietud o que se parezcan.

X5: Esto es muy importante, grábalo dos veces. (Todos ríen).

Grupo de 10 a 20 años experiencia

En otro de los grupos se siguió la misma línea y se habló también de la falta de respuesta adecuada cuando se propone un estudio a gabinete técnico.

X2: Yo creo que la responsabilidad empieza por nosotras mismas y nosotros mismos en nuestro día a día pero es muy importante que, como decía X6, haya ahí, en la institución un liderazgo o como lo queramos decir...

Grupo más de 20 años experiencia

También salió a la luz la percepción de una falta de líneas de investigación marcadas por la gerencia y de una dirección clara.

X2: Hombre, aquí igualmente cada uno aplica la evidencia...

X7: Por necesidad.

X2: ...pero no porque te venga, o sea, porque esta sea la línea que lleva nuestra gerencia.

Grupo de más de 20 años experiencia provenientes de AH

X7: Motivar a cada centro...

X5:...para hacer investigación, sí.

X7: Incluso, entre comillas, montar algún pique entre ellos.

Grupo de 0 a 10 años de experiencia

4.4.2.5. Falta de adaptación a nuevas necesidades

Percepción de que la institución no facilita el reciclaje.

Este punto surgió en dos grupos, en uno respecto a la falta de material adecuado en AP que sí que está en hospital.

X2: (...)hay veces que te pone por ejemplo material y métodos y el material que tendrías que utilizar no es el que tú tienes en tu unidad. Por ejemplo, ¿no? Por ejemplo cuando tienes que hacer un cultivo de una herida teóricamente lo tendríamos que hacer por punción y nosotros no tenemos, en Primaria por ejemplo, no tenemos este material. Y yo lo he reclamado un montón de veces y me dicen que sí, que vendrá, que tal, que cual pero esto ya hace cuatro años que lo reclamo y aún no me ha llegado con lo cual tenemos que decir que te orientan pero no quiere decir que tú, tu práctica clínica la puedas hacer a raja tabla como ponen las guías porque a veces no tienes los recursos necesarios. En mi opinión.

Muchos: Sí, sí, es verdad. .

Grupo de más de 20 años experiencia provenientes de AH

En otro grupo, el de las enfermeras más jóvenes, emergió que desconocen cómo saben desde la gerencia las necesidades de reciclaje de las enfermeras y consideran una contradicción hablar de reciclaje cuando hay incorporaciones a AP de enfermeras desde el hospital sin pasar por ningún periodo de adaptación.

X5: *Conmigo no ha pasado nunca nadie, ni de la gerencia ni otra enfermera, para saber cómo trabajo (ríen). Pero bueno, no sé, puede ser que lo controlen... Es que no sé como lo hacen ¿Cómo pueden saber las necesidades que tiene una enfermera? Tiene que haber una manera, ¿no?*

X4: *El apartado informativo aquí es importante: ¡Un desconocimiento total! (Ríen todos).*

X6: *Y lo que me parece que, sí, que esto es todo muy bonito, que investigación y tal ... pero no nos pueden pedir que investiguemos sin antes enseñarnos otra vez o recordarnos. Porque hay que pensar que todo el tiempo nos viene gente de hospitalaria a primaria y, ¿qué pasa? No es ya ahí basado en la evidencia, vienen directas, sin reciclarse nada de nada, es enfermería simple. (Ríen).*

X4: *Sí, sí.*

Grupo de 0 a 10 años de experiencia

4.4.2.6. Falta de apoyo

No se sienten respaldadas en general ni en la formación de alumnos.

4.4.2.6.1. General

Las enfermeras no se sienten respaldadas por la institución en general.

X4: *Y apoyo también ¿eh? apoyo por parte de toda la estructura del centro, de todo el mundo, administrativos, médicos. Hasta en nuestro equipo, hay gente que encuentra que esto es una tontería...*

X2: *Sí, no, es una merienda*

X3: *Y de más arriba, de la gerencia.*

X4: *La gerencia no, gerencia para esto no existe.*

Grupo de 10 a 20 años experiencia

También se verbalizó la percepción de un sentimiento de menosprecio por parte de la gerencia que no tuvo en cuenta los equipos de AP cuando se incorporaron

nuevos profesionales desde el hospital desmembrando equipos de AP que pensaban que funcionaban bien. Hablaron de ello muy dolidas y lo vivieron como una etapa muy dura.

X9: Yo creo que en atención primaria se trabaja en equipo y lo que ha pasado con este último cambio, esta última OPE que ha desplazado a mucha gente, que en algunos centros de salud la mitad del personal ha desaparecido, que la gerencia o la dirección no ha tenido en cuenta ni a la gente que se ha quedado ni a la gente que ha entrado. Yo creo que nos hubiese gustado que se nos hubiese cuidado un poco. No ver que una parte del equipo se desintegra y viene una parte nueva que a lo mejor la mitad de ellas no quiere hacer lo que hacía la otra gente, no quieren entrar en programas comunitarios, no quieren hacer ninguna actividad que la gente que estaba antes hacía muchos años que lo llevaba... Y la dirección lo ha pasado en silencio, ¿no? Que como ya han recibido eso pues ya se volverán a adaptar, ya volverán a hacer otro equipo nuevo. En este sentido no nos han cuidado absolutamente nada. Ha sido un...

X5: Ha sido muy duro.

X9: Ha sido muy duro y no lo han tenido en cuenta.

Grupo más de 20 años experiencia

En el grupo de las enfermeras más jóvenes se habló también del sinsentido de la formación actualmente, ya que parece que no interesa lo que se aprende sino los créditos que se conceden y que es lo que cuenta en los baremos. Consideran que pagan para obtener puntuación, por ejemplo con cursos impartidos por FUDEN (*Fundación para el Desarrollo de la Enfermería, entidad de carácter científico ligada a un sindicato de enfermería*), aunque reconocen que son mucho más aplicables los presenciales organizados por la institución a través del EBAP (*Escola Balear d'Administració Pública*), pero tienen menos créditos.

X5: En la formación, yo creo que ahora la principal motivación son los créditos. Yo creo que si no fuese por los créditos que hay detrás, pues, la gente se formaría la mitad.

X1: ¡Créditos y gratis!. Nos tenemos que formar y encima ¡a pagar!.

X6: Es que no es por nada pero yo lo que he pagado son los son créditos y, sinceramente, no son con los que más he aprendido.

X5: Hombre, claro, los que me han enseñado más son precisamente los que no he pagado.

X6: ¡Son comprados!.

X5: Encima tienes que pagar por la formación (Ríen)

X6: Por ejemplo, en los cursos del EBAP, que son presenciales aprendo más que con un curso de FUDEN, pero me dan 0,5 créditos, es que va a ir su abuela...me tengo que pedir cuatro tardes y no me dan nada a cambio.

Grupo de 0 a 10 años de experiencia

4.4.2.6.2. Formación de alumnos

Las enfermeras no se sienten respaldadas con respecto a la tutorización de los alumnos en prácticas.

Este punto se trató en dos grupos pero de forma muy extensa en el de enfermeras con más experiencia en AP poniendo de manifiesto el poco rigor que existe en las prácticas de las futuras enfermeras en los CS. No se exige ningún requisito para tutorizar prácticas clínicas, y desde gabinete técnico cuando se notifican problemas se recibe escaso apoyo.

X7: ...si tú no valoras a la que está aprendiendo y el que está enseñando al que aprende aquí falla... Ya, la base ya vamos mal, porque eso es el núcleo del futuro y tú, el que le está enseñando a los futuros profesionales no lo valoras, no le haces nada, no le piden un mínimo de rigor, da igual, que lo coja uno u otro, es igual, parece que la referente de gabinete técnico sólo los quiere "colocar". No puede ser esto, ¿A dónde llegaremos?

X7: Yo, disculpad un segundo, yo espero que ahora, como con las especialidades tienen que hacer una acreditación para ser docente, espero que también sirva para las enfermeras pregrado.

Grupo de más de 20 años experiencia

4.4.2.7. No facilitador del proceso de EBE

Percepción de que no se apoya el trabajo con EBE desde la institución.

Surgió esta percepción en todos los grupos excepto en el de coordinadoras aludiendo a la carga de trabajo que hay en los CS, al propio sistema que no da las herramientas para utilizar y actualizar EBE y la frustración que esto genera.

X3: En ninguno. Es que el sistema no está montado para que puedas trabajar basándote en la evidencia.

Grupo de 0 a 10 años de experiencia

X1:...Es que no damos abasto. La motivación te la quitan, la de hacer trabajo de investigación y todo eso. No sé, es mi opinión.

Grupo de más de 20 años de experiencia provenientes de AH

X8: Desde la base también tú tienes que tener unas herramientas para poder consultar esta evidencia y también se tiene que favorecer un entorno que te permita trabajar con evidencia porque tú puedes saber que aquello se tiene que hacer de aquella manera pero si el entorno donde trabajas no te lo permite o necesita adaptar, a veces no puedes y estás entre, lo tendría que hacer así pero no puedo, y te vas a tu casa con una sensación de que va todo mal, que tampoco no es muy positiva.

Grupo de más de 20 años experiencia

4.4.2.8. Heterogeneidad de la gestión entre distintos centros

Diferencias importantes entre los centros de salud dependiendo de sus gestores.

Sólo surgió en dos grupos y en uno sólo de forma puntual.

X6: Se tendría que evaluar por parte de las direcciones pero que luego esta información volviese a los equipos, que a veces aquí también hay diferencias, ¿no? según los equipos supongo que tenéis más acceso a...

X4: Más acceso a la información.

X1: ...más acceso a la información que los otros. Entonces la gente tam-

bién se siente un poco abandonada, no siempre eh, pero a veces sí.

Grupo de más de 20 años experiencia

4.4.2.9. Protocolos obsoletos

Percepción de que los protocolos existentes están anticuados.

Este tema surgió en dos de los grupos y fue ampliamente discutido en el grupo de coordinadoras tal vez porque tienen la responsabilidad de transmitirlos a sus equipos a fin de trabajar con ellos, aunque también creen que se está haciendo un esfuerzo por mejorarlos, reconocen que están obsoletos. Además debaten el dilema de aplicar o no el protocolo tal como está porque es lo que recomienda la empresa.

X4: También tenemos que decir que no se revisan como se deberían revisar, no se actualizan como se deberían de actualizar...

X2: Claro, claro.

X1: Se nos quedan obsoletos.

Grupo de más de 20 años experiencia

X9: Pero también en protocolos, también tengo que decir que muchos de los protocolos con los que trabajamos se tendrían que revisar.

Diferentes personas: Sí, sí, sí.

X6: Es que yo también pienso que cuando trabajas en una cosa en la que no crees, por los resultados que has tenido o porque no te va bien, tampoco vas a dar el cien por cien, no puedes ser buen profesional si estás aplicando una cosa que te viene medio impuesta porque es lo que hay y lo que recomienda tu empresa. A lo mejor porque no lo sabes, porque no te lo has leído bien o tal pero a lo mejor es que te lo sabes y te lo has leído bien pero no te da buenos resultados a ti ¿sabes?

X5: Yo creo que todo el mundo haría más con guías más modernizadas. Yo creo que sí que hay un esfuerzo en modernizarlo eh?

Muchos: Sí, sí, sí, sí.

Grupo de coordinadoras

4.4.2.10. Desacuerdo en la carrera profesional

Discrepancia con la carrera profesional otorgada por años de antigüedad y no por méritos.

De este punto se habló de forma explícita sólo en el grupo de coordinadoras aunque en otros se hizo alusión indirecta.

X4: Son años de experiencia. Me parece que porque una enfermera lleve veinticinco años, que tiene todo su mérito, eso no es carrera profesional. Muchas no han hecho ningún curso, se tendría que decir otra cosa.

X10: Eso es.

X4: O sea, yo dejo pasar veinticinco años y ya me dan el título de enfermera gestora. Toma. Tú dices vale, pues me dedico a no hacer nada porque no va por resultados, va por años.

X12: Es que lo que consigue es todo lo contrario porque desanima al que quiere porque dice total ¿para qué? y se beneficia el que no hace falta...

X10: En lugar de hacer cursos puedes hacer ball de bot o punto de cruz y total...

Grupo de coordinadoras

4.4.2.11. Incorporación de nuevos profesionales a AP como algo negativo

Percepción de que las nuevas incorporaciones en AP de enfermeras que llevaban toda su vida laboral en hospital han afectado negativamente a los EAP.

En todos los grupos, a excepción del grupo de enfermeras de más de veinte años de experiencia proveniente de hospital, se identificó como un elemento que impedía la introducción de nueva evidencia la incorporación en Atención Primaria de nuevos profesionales provenientes de hospital. Este hecho fue identificado como un elemento distorsionador por diversos motivos.

X3: (...)El problema es cuando después, creo yo, lo tienes más o menos establecido esto y hay cambios, cambios estructurales, ¿no? Ya sea OPE nacional...

Muchos: Sí, sí.

X3:... *ya sea lo que sea que hace que todo lo que de manera interna tenías asumido y organizado cambie, quiero decir, ahora mismo hay, no sé si son cuarenta enfermeras que el otro día trabajaban en primaria que están trabajando en el hospital, pobre hospital también. Es mutuo, mejor dicho, recíproco, eh?. Y hay cuarenta o cincuenta que trabajan en primaria sin conocimientos de lo que es realmente esto, ¿no? Y yo creo que eso también es un hándicap grande para querer trabajar con evidencia.*

X9: *Ha sido un cambio que ha afectado muy mal en primaria, muy mal.*

X6: *Es que no sé como se ha hecho... No sé, tiene que haber otra manera.*

X5: *En el hospital no ha hecho tanto, porque en el hospital hay más gente joven y la gente joven se adapta...*

(Hablan todos a la vez)

X5: *Ahora nosotros no tenemos gente joven. Nosotros no tenemos gente joven.*

(...)

X6: *Yo creo que a veces es lo que decía X9, el haber deshecho los equipos y la gente que no tiene ni idea de cómo funciona primaria y que de entrada ya pues no colabora dificulta bastante.*

Grupo de más de 20 años de experiencia en AP

En general, se veía esta incorporación como muy negativa para AP.

X4: *Yo más que, más que por número también pienso que por formación. Me sabe mal pero, por el tipo de gente que ha venido ahora a primaria es muy, muy difícil trabajar con evidencia. Mucho. Porque con gente que hace treinta años que trabajan de una manera cambiar es muy complicado. Explicarles que primaria no es un sitio que se venga de ocho a tres a descansar cuesta mucho trabajo. (Ríen) ¿Sabes? Cuesta mucho, mucho.*

X2: *No, sí. Yo no estoy en contra de nadie tampoco...pero los últimos traslados de hospital a primaria han sido un desastre para primaria. La ver-*

dad es que sí.

X4: Es que es así.

X3: Es así.

X4: Un descalabro más que un desastre, básicamente como ha venido mucha gente de hospital no está acostumbrada a trabajar en primaria pues necesitan un poquito de...

X1: ...de mano.

Grupo de 10 a 20 años experiencia

En el grupo de coordinadoras este tema surgió cuando plantearon la necesidad de una autogestión, de que la coordinadora de enfermería tuviera la posibilidad de elegir su equipo.

X10: Sí, pero un momento, estoy de acuerdome gustaría elegir mi personal, pero cuidado, estamos en una empresa pública, ¿qué haces con los que nadie quiere? ¿Dónde los colocas? Yo me monto mi equipo, hay una enfermera que no quiero, tú no la quieres, tú no la quieres, tú no la quieres, no sería una, serían cuarenta, ¿qué hacemos con las cuarenta?.

Grupo de coordinadoras

Sin embargo fue el grupo de los más jóvenes el que generó un discurso más rico y argumentado sobre el problema de la incorporación de nuevas enfermeras desde el ámbito hospitalario planteando su falta de formación, la necesidad de separar los ámbitos de AP y AH, las motivaciones que llevaron a esas enfermeras a AP, el problema en algunos CS del elevado porcentaje de enfermeras que cambiaron, etc..

X5: ¿Sabes lo difícil que es trabajar así? (...)No por la edad sino por la formación que tienen esas enfermeras, no están formadas en comunitaria.

X4: A ver, una enfermera de cincuenta y cinco años que le faltan cinco o lo que sea para retirarse que quiere irse a primaria, primero no sabe ni a lo que va, ni sabe lo que se va a encontrar (...)en muchos casos las ha desbordado, en otros lo van llevando pero lo van llevando no como una enfermera joven que tiene ganas, que quiere, que se va formando... No. Esa

persona ya ha pasado, o sea, lo único que ella quiere es mejor salario y mejor horario.

X5: Ya sabes, en primaria somos polifacéticos pero vamos, una enfermera de hospital no tiene nada que ver con una enfermera de primaria.

X6: Por eso. Eso también hay que tenerlo en cuenta.

X5: Nada es como dos profesiones totalmente diferentes y está mezclado. Partiendo de ahí ya no podemos tener un sistema realmente eficiente.

X4: Pues yo creo que esto pasa aquí, porque por ejemplo en otras comunidades autónomas se ha dividido atención especializada y atención primaria. O sea, tú eres de especializada, eres de especializada, no pasas por la misma oposición a primaria, y eso es algo que aquí sí que se da.

X3: Y destruye, destruye el sistema.

X5: Destruye un sistema que funcionaba muy bien.

X4: Centros como Y que se han visto afectados muchísimo por esto.

Todos: Sí, sí.

X4: Y la primaria, quieras que no, es la base de la salud. Si falla la primaria la hospitalizada se va a ver sobre saturada. Si tú tienes a tu enfermera que no te sabe explicar algo sobre el colesterol, ni varices, ni nada vas a ir mal con esto y ya vas a acabar en hospital, o sea, el problema es que no...

Grupo de 0 a 10 años de experiencia

4.4.2.12. Mala utilización de los recursos personales: profesores asociados

Percepción de que no se aprovechan ni se aprecia a estos profesionales que compaginan su actividad asistencial con la docencia universitaria.

X1: Yo doy clases en la universidad y tengo que devolver todas las horas en vez de poderlo volcar de alguna manera en mi propia institución lo que yo sé, o las clases que doy, o lo que yo he aprendido... O sea, toda la información que manejo poderla devolver a mis compañeros. Esto no existe.

Grupo de 10 a 20 años experiencia

4.4.3. Falta de comunicación

Percepción de falta de transmisión de la información entre las enfermeras y la Institución.

Esta categoría emergió en el análisis del discurso de todos los grupos. Se hallaron dos vertientes en las deficiencias de comunicación entre la institución y las enfermeras asistenciales, por un lado en todos los grupos se habló de fallos de comunicación entre la GAP/docencia (Gabinete técnico) y ellas, y por otro la falta de un contacto directo entre la institución y la parte asistencial.

4.4.3.1. Fallo de comunicación GAP/docencia-asistenciales

Percepción de falta de fluidez en las comunicaciones con Gabinete técnico.

Prácticamente todas las expresiones de este apartado van dirigidas a señalar que no hay canales de información adecuados con los técnicos del gabinete, o si los hay los desconocen.

X2: (...)Entonces, a ver, es verdad que todo llega a ser muy burocrático pero claro, si tú no haces llegar la información al punto donde te interesa pues el que tiene que investigar tampoco investiga. Entonces, a lo mejor, sí que es cierto que deberíamos tener sistematizado, recogida de información más ágil...

Grupo de coordinadoras

X4: Hace, hace años lo hacían esto. Hacían reuniones de responsables de docencia. Ahora hace mucho tiempo que no, que nadie nos llama ni...

X5: Nos escucha.

X4: ...ni nadie nos dice nada. Bueno, está el correo pero no es lo mismo hablar por correo.

X5: Es que se pierden más y pasan mil cosas.

X4: Sí, y ni los miran. Mucha gente ya ni se mira el correo.

Grupo de 10 a 20 años experiencia

X7: *Pienso que todas hacemos sugerencias y hacemos cosas pero que no está canalizada la manera de hacer llegar estas sugerencias al departamento correspondiente, si es que existe, para que se lleve a cabo.*

X9: *Pero nosotros no tenemos un cauce para ir haciendo modificación de cosas...porque yo el único cauce que tengo es mi coordinadora, nadie más.*

X7: *...es el cauce lo que nos falta. Pienso que si hubiese un cauce que nos llegasen las sugerencias y a la vez tuviésemos respuestas estaríamos involucradas, ya haríamos investigación, ya estaríamos dentro. Creo que es por aquí que falla. Que sería una manera de sentir que participamos y que, además de las autoras, hubiese la fecha y primera revisión, segunda revisión ...*

X2: *Eso también, primera revisión, segunda revisión, y después, también a que persona te podrías dirigir para sugerencias o eso.*

Grupo de más de 20 años de experiencia provenientes de AH

X8: *Claro. Yo si viese que lo que estoy haciendo está funcionando, a mí me incentiva o si puedo ver lo que estoy haciendo y me llega la información de lo que estoy haciendo.*

Grupo de más de 20 años de experiencia en AP

También apelan a la necesidad de que desde docencia se les haga llegar la última evidencia a fin de facilitar y actualizar el trabajo diario.

X12: *Pero lo que pasa es que tampoco debería ser que fuéramos nosotros, no digo investigar, que investigar sí, pero que tenga que ser yo que me busque la evidencia no, debería ser la gerencia que me dijera mira, ahora*

ha salido está última guía clínica que dice esto evidencia A y ahora lo vamos a pasar.

Grupo de coordinadoras

X2: Marcar unas líneas desde arriba y gabinete técnico se tiene que encargar de asesorar o de simplemente hacer llegar a los responsables de docencia la información que haya.

Grupo de 10 a 20 años experiencia

X3: Hombre, lo primero es que te tiene que llegar el protocolo (Ríen) y que te tienes que enterar de lo que dice.

X5: He dicho. (Ríen)

X4: Es que se supone que no deberíamos de ser nosotros los que lo planteáramos. O sea, a lo mejor sí que tendríamos que plantearlo, no digo que no, ya que de ahí arriba no sale. Pero yo creo que la idea tiene que surgir de arriba.

X3: Pero bueno, es lo que decíamos antes, si arriba están en un despacho a lo mejor no se le va a ocurrir la idea. Si estamos nosotros abajo tendría que ser más fácil acceder o sugerir o... No sé, tendría que haber un canal de comunicación.

Grupo de 0 a 10 años de experiencia

También hubo comentarios en favor de la labor del gabinete técnico en el grupo de coordinadoras, aunque el comentario está hecho con cierta ironía en el contexto de que ellas, como coordinadoras, están desbordadas de trabajo y no pueden ponerse a actualizar protocolos o buscar evidencia para eso está gabinete técnico.

X10: Pero es que no podemos, pero por algo hay un gabinete, quiero decir, tenemos la suerte de que estamos muy bien, muy bien asesorados

Muchos: Sí, sí.

X10: Y que allí hay unas personas que trabajan siete horas para eso y que si tú les dices oye, habéis pensado, entonces se pondrán a trabajar. Y rápidamente nos lo tienen que cambiar. (Ríe) Rápidamente.

Grupo de coordinadoras

4.4.3.2. Necesidad de contacto directo Institución/asistenciales

Expresiones de que sería necesario que la institución tuviese más presente la realidad del trabajo asistencial en los CS.

En este punto reclaman un contacto directo físico desde la institución ya que la sienten muy lejana a ellos y poco estimulante.

X4: ¿Me entiendes? Pues que vengan y expliquen mirad, pues esto, hemos investigado esto y esto y hemos llegado a estas conclusiones.

X1: Y los resultados, ¿sabes? Que te lo demuestren. Que hagan una sesión a lo mejor...

X4: Exacto. Por ejemplo o que lo expliquen. ¿Sabes? Eso. Que yo creo que al final siempre, siempre queda un poquito...

X5: Y así tú te puedes enriquecer de los resultados.

Grupo 10 a 20 años de experiencia

X3: Yo creo que, yo creo que la formación, la formación tendría que venir al centro de salud. O sea, a ver, se tendría que hacer formación reglada pero se tendría que hacer en forma de sesiones para que toda la gente.

X9: (...)Que crea un entusiasmo o una energía para continuar, que no que sea un papel por correo y que te digan...

X6: Y que a veces ni te llega, encima.

X9: Sí. Que a lo mejor la presencia física de la gente superior es importante para que funcione, yo creo.

X4: Y claro, aquí tenemos una macro gerencia, muy grande y organizada de una manera muy centralizada y muy...

X6: Y no es cercana.

X4: No, no es cercana.

X5: La más grande de España.

(Hablan todos a la vez)

X5: Debían tener una gerencia para cada hospital. Estamos hablando de cuando sólo existía Son Dureta. Mira cuantos hospitales han abierto y sigue habiendo una gerencia. Porque supongo que han cambiado las ideas. La idea de la gerencia única. Una gerencia tendría que tener a lo mejor diez centros de salud. Por toda España es así, diez, quince como mucho. Y así sí que te puedes reunir con la gente.

X2: Ahora es demasiado lejano.

Grupo de más de 20 años de experiencia en AP

4.4.4. Falta de recursos

Percepción de falta de medios para trabajar con EBE por distintas razones

El discurso emergente con respecto a la falta de recursos que las enfermeras detectaban en diferentes ámbitos de su trabajo que dificultaban de manera directa la introducción de nueva evidencia científica en su día a día fue muy rico y surgió en todos los grupos.

4.4.4.1. Presión asistencial

Percepción de una cantidad excesiva de pacientes que afecta a la calidad del trabajo diario.

X2: (...)No... Es más, es que no tengo tiempo para evaluarlo porque tengo una presión asistencial detrás que es que ya voy justo para poderme escapar ese tiempo para poder ir a hacer lo imprescindible.

Grupo 10 a 20 años de experiencia

X3: Y hay médicos que dicen yo con el cupo que tengo no puedo hacer más que hacer recetas y tirar de boli ¿me entiendes? Y no puedo hacer ciencia y se quejan ellos de que no hacen ciencia. A nosotros nos pasa lo mismo.

Grupo de más de 20 años de experiencia en AP

En este punto hallamos en el análisis dos vertientes: por una parte, la presión asistencial, que según ellas ha aumentado últimamente y por otra la mala distribución

de la carga asistencial entre las diferentes enfermeras, ya que el hecho de llevar un cupo de pacientes u otro afecta directamente a la realización de su trabajo.

4.4.4.1.1. Mala distribución de la carga sanitaria

Desigualdades de reparto en los cupos asistenciales tanto en cantidad como en tipo de pacientes.

X5: Pero de mayores de setenta y cinco, claro, es que eso es determinante. Y tú dices, caramba, ¿cómo puede ser que tenga menos número de cartillas y trabaje más? Porque la población es muy longeva.

Grupo 10 a 20 años de experiencia

X3: No, pero me refiero que a lo mejor un buen incentivo previo al incentivo final sería reestructurar cupos, poner exactamente el número de enfermeras que hacen falta en los centros de salud...

Grupo de más de 20 años de experiencia en AP

4.4.4.1.2. Aumento

Demanda sanitaria creciente por diversos factores cuando los recursos no se incrementan proporcionalmente o incluso disminuyen.

En este punto se hizo alusión a la restricción de las sustituciones por el inicio del plan de austeridad aplicado en AP al inicio de la crisis (mucho más ajustado ahora) cuando la presión asistencial es creciente y la cartera de servicios de los CS sigue siendo la misma.

X1: Claro. Tienes una presión asistencial que es la que te marca las pautas muchas veces. No es lo mismo ver diez, quince que ver cincuenta.

Grupo de 0 a 10 años de experiencia

X4: Ahora no es un buen momento, eh?. Con esto de las restricciones, con los recortes y con el rollo este no es un buen momento para pedir muchas cosas a nadie porque todo el mundo va saturado de trabajo, de cubrir a otra gente que va a hacer cosas, y...

Grupo 10 a 20 años de experiencia

X1: Y además ahora que no nos sustituyen, perdonad, que tienes que hacer tu trabajo más el de tu compañera, si alguien no está bien aún tienes...

Grupo de más de 20 años de experiencia provenientes de AH

4.4.4.2. Falta de medios

Sensación de que la Institución no facilita las herramientas para aplicar EBE.

X5: (...)Y después, desde gerencia por ejemplo, sí, sí, sí, venga que tenéis que hacer, que tenéis que hacer y están muy dispuestas, es verdad, pero no hay duros o no sé que pasa que después no te dan los medios, ¿no?.

Grupo de 0 a 10 años de experiencia

4.4.4.3. Falta de formación

Sensación de que la Institución no facilita la formación para desarrollar una PBE.

Este punto destacó por la cantidad de referencias ya que surgió en todos los grupos de discusión haciendo referencia a varios aspectos como por ejemplo la falta de formación en la carrera sobre la búsqueda de evidencia y la investigación.

X4: Yo esto lo estoy haciendo pero no sé porque lo estoy haciendo, voy a buscar en otros sitios como se hace, voy a buscar estudios para poder basarme en esta evidencia, saber como buscar y eso, a nosotros no nos enseñaron a hacer estudios.

Grupo de más de 20 años de experiencia en AP

X3: Si supiera, porque tampoco sé, eh?. Conste que me tendrían que enseñar a ver como se empieza a hacer esto.

Grupo de más de 20 años de experiencia provenientes de AH

X12: (...)ahí donde está el fallo nuestro, que no tenemos integrado, porque yo cuando estudiaba no me explicaban nada de la evidencia ni de...

Mucha gente: no, no, no.

Grupo de coordinadoras

En el grupo de los más jóvenes se hizo alusión a que sí se forman en investigación durante la carrera pero luego, al entrar en el mercado de trabajo, no se utiliza por lo que se olvida.

X6: Durante la carrera haces un trabajo de investigación y luego como no hay el hábito, porque yo voy a un centro que no hay ese hábito, yo pierdo ese hábito. Y a mí ahora me pides, cuando han pasado cinco años, que te haga un estudio... Bueno, no sé empezar, porque he perdido el hábito.

Grupo de 0 a 10 años de experiencia

Además se hizo alusión a la poca formación que poseen en cuanto a búsquedas en bases de datos y a la dificultad añadida del inglés, aunque creen que en los nuevos estudios de Grado se imparte más formación en estos aspectos.

X7: Con los buscadores de internet yo he desistido muchas veces porque me tiro horas buscando y total no encuentro, no encuentro lo que busco.

Muchos: *Sí, sí.*

X3: Eso cuando no están en inglés y entonces ya dices, uff (Ríen)

X4: Es que esto es una cosa que por ejemplo, yo ahora que estoy haciendo fisio sí que lo veo respecto a enfermería, por ejemplo en primero te dan mucha información acerca de cómo buscar en las bases de datos, como meterte, como hacer un programa de investigación sin embargo eso en enfermería, toda la carrera ibas por libre

Grupo de 0 a 10 años de experiencia

X2: Últimamente me planteo un poco más las cosas, no sé si porque tengo más cursos o lo que sea, a veces intento hacer búsquedas. Lo que pasa que tampoco sé, primero que me falta el idioma, que eso es muy importante el tema del inglés y después cuando hago la búsqueda después de estar media hora de intentar hacer algo, me cuesta mucho discernir que artículos, o sea, después de encontrar lo que quieres, tienes que hacer una valoración crítica de todo lo que se ha obtenido. Esto ya me supera mucho.

Grupo 10 a 20 años de experiencia

Por otro lado asumen su responsabilidad en cuanto a la formación pero también apelan a la necesidad de que sea durante la jornada laboral e insisten en que es responsabilidad de la institución facilitar dicha formación.

X4: Pero la estrategia de una gerencia que quiere que se trabaje con enfermería basada en la evidencia es que su personal esté formado.

X1: Sigo insistiendo en que la responsabilidad es nuestra. Por supuesto. Pero hace falta tiempo para formación. Necesitamos formación. Tiempo que ya no tenemos.

Grupo de más de 20 años de experiencia en AP

X10: ¿Oportunidad de desarrollo profesional? Yo creo que los cursos. Lo que pasa es que claro, ahora con el tema de la austeridad sólo por la tarde...Ésta es otra.

X10: Formación dentro del horario laboral. (Ríen).

Grupo de coordinadoras

4.4.4.4. Falta de asesoría

Sensación de que la Institución no ayuda, aconseja o asesora en la aplicación de EBE.

X2: Simplemente si a mí me diesen un poquito de formación y la ayuda. Marcar unas líneas desde arriba y gabinete técnico se tiene que encargar de asesorar o de simplemente hacer llegar a los responsables de docencia la información que haya.

Grupo 10 a 20 años de experiencia

4.4.4.5. Falta de personal

Percepción de escasez del número de enfermeras adecuado para el cometido profesional que se exige-.

Las referencias a la falta de personal surgieron en todos los grupos de discusión de forma muy extensa generando además un grado de acuerdo muy elevado en todos

ellos respecto a la no adecuación de las plantillas de personal de enfermería para desarrollar una PBE.

X4: *¿Qué plantilla hay que tenga un tamaño adecuado? (Ríe)*

Muchos: *No, no, no.*

X3: *Sí que es verdad que muchos equipos se adaptan a la plantilla que tienen para hacer lo justo y necesario, eh?*

X1: *Claro. Pero se tendría que empezar a trabajar con evidencia... y ahora estamos en un momento, en la parte más baja de la onda en cuanto a falta de sustituciones y es más difícil todavía. Pero sí, yo creo que se tendría que hacer y que también es una cuestión de formación y de interés personal.*

Grupo de más de 20 años de experiencia en AP

X3: *Si las sustituyen a todas cuando faltan sí que es adecuada la plantilla, sino no.*

X1: *Sino no, en crisis no.*

X3: *Ahora esta semana en mi centro van a faltar dos cada día. Dos cada día, tienes que hacer lo tuyo, lo de la otra, si algún paciente se cuele lo tienes que asumir tú.*

X5: *Bueno, la crisis afecta evidentemente...*

X3: *Sí, no se puede. Si están todas sí, sino no.*

X5: *No se sustituyen. .*

Grupo de 0 a 10 años de experiencia

Esta falta de personal se traduce, según las enfermeras, en falta de tiempo para investigar y formarse durante la jornada laboral con el agravante de que actualmente la formación carga al resto de compañeros ya que la institución no los sustituye cuando acuden a cursos de formación. Por otro lado para suplir estas carencias la institución cuenta con el voluntarismo de los profesionales para que las en-

fermeras lleven a cabo su trabajo de manera correcta. A estas circunstancias se añade el problema de la conciliación de la vida familiar con la laboral.

4.4.4.5.1. Tiempo (durante la jornada laboral)

No pueden dedicar tiempo a EBE durante la jornada laboral por la alta presión asistencial.

En el grupo de coordinadoras se habló ampliamente de este tema mezclando la necesidad de investigar y formarse junto con la presión que tienen de distintos frentes: asistencial, las otras enfermeras del equipo, gestión, etc.

X5: Pocas veces nunca. Si no tienes gente tienes a los tuyos que te piden.

X10: (...)Alguien, en ese momento tú como crítica, llamas a gerencia y le dices el protocolo de obesidad habría que revisarlo. ¿Por qué no lo puedes hacer tú? Porque tú estás haciendo lo de las vacaciones, como dice X5, (ríen) entonces, vamos a ver está claro que el que hace la práctica detecta que aquí ocurre algo que no es evidente pero que haya otro que se encargue porque yo no tengo tiempo.

Muchos: Claro, claro, claro.

X5: Tendríamos que tener tiempo para poder investigar, para poder pensar qué investigar.

Grupo de coordinadoras

X2: Pues yo últimamente estoy solicitando un tiempo de mi jornada laboral para poder leer o para poder buscar porque lo necesito para generar evidencia y para poder utilizarla y yo no dispongo de él. Últimamente si me bloquea la consulta hago la de otro compañero...A tope, lo que es a tope. Añadidos, en vez de cada diez minutos tengo cada cinco y últimamente es que no tengo tiempo, vamos, abro el correo pero... No tengo tiempo ni para leerme un artículo.

Grupo 10 a 20 años de experiencia

Dicen no apuntarse a los cursos de investigación porque se presupone que tendrás que dedicar tu tiempo libre.

X1: Si ahora había un curso de investigación y no sé cuantas plazas había pero que se había apuntado poquísima gente porque no hay tiempo y después te toca apechugar...

X4: Claro es que yo estoy en un estudio y para reunirnos es que no nos dan ni un día, no nos facilitan, no tenemos ni un día porque cuando a ella le va bien yo estoy de tarde y el día que yo estoy de tardes ella hace una guardia. Lo tenemos súper complicado para reunirnos. ¿Qué tenemos que quedar en sábado? ¿Un sábado?.

Grupo de más de 20 años de experiencia provenientes de AH

4.4.4.5.2. Formación carga al resto de compañeros

Si demandan tiempo de formación su trabajo asistencial recae sobre los compañeros.

Este punto surgió ya que, desde la implantación del plan de austeridad, no se sustituyen los días docencia salvo excepciones, con lo que los días que las enfermeras utilizan para hacer cursos de formación el resto de compañeros deben suplir el trabajo de los ausentes.

X7: (...)por otra parte si lo haces en horas de trabajo se lo carga la compañera normalmente. Puntualmente te sustituyen pero normalmente cierran la agenda y tendrás pacientes el próximo día.

Grupo de más de 20 años de experiencia provenientes de AH

4.4.4.5.3. Voluntarismo

Percepción de que la investigación y la formación en EBE se deja a la buena voluntad de las enfermeras.

Este punto surgió en tres de los cinco grupos.

X5: No, a ver, la suerte es que los que están animados no se desaniman.

X12: *La suerte porque de eso vive la profesión.*

Grupo de coordinadoras

X5: *Y con Y el año pasado hicimos no sé cuantas charlas de tabaco y comida saludable el miércoles por la mañana, que yo hago miércoles por la tarde. Y te pasas la mañana... Que no, que es tu tiempo. Después lo recuperas, y te dan un par de horas y tal. Pero como crees en ello lo hago, pero...*

X1: *Después piensas, ¡caramba!*

X2: *Sí. Yo también...Es a costa de la buena voluntad.*

X5: *¿Me entiendes? Y es a costa de la buena voluntad, de las ganas...*

X1: *De tu buena voluntad, nadie se ha...*

X5: *...y que lo queremos hacer y creemos en esto y vemos que va bien pero no es lo que toca...*

Grupo 10 a 20 años de experiencia

X4: *(...)Y yo como me he llevado mucho trabajo a casa y he hecho muchas horas que no me han dado he decidido que no me llevaré nada más. Todo lo haré en el trabajo y ya no me quiero llevar nada más. Estoy negativa.*

X3: *Que de hermanitas de la caridad...*

Grupo de más de 20 años de experiencia provenientes de AH

4.4.4.5.4. Conciliación laboral/familiar

Percepción de que el tiempo que se dedica a investigar o a formarse se hace en detrimento del tiempo personal y familiar.

Por otra parte, un elemento que surgió a raíz de la falta de personal en dos de los grupos (el de coordinadoras y el de enfermeras con 10 a 20 años de experiencia) fue la necesidad de conciliar la vida laboral con la familiar. Es de prever que en este período del ciclo vital se centren de manera más concreta en su vida familiar al ser

más probable que tengan hijos pequeños. De esta manera se explicaría que este elemento surja exclusivamente en estos grupos de discusión.

X1: (...) *Si te metes en un estudio de investigación ¿dispongo del tiempo necesario para hacerlo sin que me comprometa mi vida personal, familiar? Esa es la primera pregunta que me haría y después si lo decido.*

Grupo de coordinadoras

X2: ... *Y por otro lado, la conciliación de la vida familiar y laboral.*

Muchos: *Sí, sí.*

X2: *O sea, yo, por ejemplo, tenía muchas ganas de hacer el curso de investigación cualitativa y ponen cinco tardes. Venga hombre. No puedo... Es que ya es que no quiero. No quiero perder más tiempo de estar con mi familia, que voy estresada ¿para qué? ¿para ser mejor enfermera? ¿al final para qué? Es que es lo dices al final para qué y para quien.*

X1: *En este momento la profesión es así.*

Grupo 10 a 20 años de experiencia

4.4.4.6. Multiplicidad de funciones

Percepción de que las enfermeras de AP realizan demasiadas tareas y no siempre adecuadas a su rol profesional.

Esta categoría surgió en tres de los cinco grupos aunque de forma puntual, pero llama poderosamente la atención el hecho de que lo que en el grupo de las enfermeras más jóvenes se ve como una ventaja es percibido como negativo en el grupo de enfermeras con más experiencia que provienen del hospital.

X7: *El organigrama que está montado.*

X2: *Es que no estamos en un sitio, estamos en muchos sitios.*

Grupo de más de 20 años de experiencia en AP

X3: (...) *Pero no lo haces, primero porque no sabes y segundo porque no tienes tiempo, y tercero porque tal como está montado ahora no podemos*

ser asistencial, educativo, investigadora y, y, y, y, no sé que más!!!, sin tener más tiempo, que con la consulta prácticamente ya se usa.

Grupo de más de 20 años de experiencia provenientes de AH

X4: Yo creo que, en concreto, en nuestro trabajo tenemos la posibilidad de estar haciendo un bis a bis todo el rato. Porque quieras que no, cada cosa es diferente, hacemos un trabajo muy agradecido precisamente por eso, porque no es nada monótono. Cada uno que entra por la puerta es una persona diferente, es una necesidad diferente, es un trabajo diferente, o sea en cada momento puedes estar haciendo...

Grupo de 0 a 10 años de experiencia

4.4.4.7. Falta de poder en la Dirección de enfermería de GAP

Percepción de que la dirección de enfermería no tiene tanto poder como parece o como debería para implementar, entre otras cosas, una adecuada política laboral respecto a la EBE.

Esta categoría surgió en tres de los cinco grupos, aunque de forma puntual.

X3: Pero de momento, bueno, en cierta medida, ahora se ha llegado a un término medio, nos han hecho caso en lo que podían hacernos caso pero quien ha dicho la última palabra ha sido hospitalaria y supongo que todo esto es cuestión de dinero. En primaria ya estamos acostumbrados siempre nos pisan lode hospital y la gerencia supongo que no puede hacer nada.

Grupo de coordinadoras

X4: A veces te llega una propuesta que la proponen de la gerencia pero viene de la base y que tú ves clarísimo que esto tiene que ir adelante pero lo tienes que consensuar, lo tienes que negociar con otros estamentos o con los médicos, con validación médica y tal y muchas veces no llega a término porque no es posible.

Grupo de más de 20 años de experiencia en AP

4.4.5. Evaluación de la implementación

Percepciones acerca de cómo se evalúa y cómo se debería evaluar la calidad del trabajo de las enfermeras.

4.4.5.1. Evaluación por expertos

Piensan que deberían evaluar expertos externos al CS.

Las enfermeras reclaman que la institución realice una evaluación real de la Enfermería Basada en la Evidencia a través de expertos, pero, sobretodo, en todos los grupos se llegó al consenso de que en AP era necesaria una evaluación cualitativa del trabajo diario.

X4: Deberían evaluarse las direcciones.

X7: Con auditorias externas.

Grupo de más de 20 años de experiencia en AP

X9: Estudios de campo. O sea, ir allí y ver como, como se hace el trabajo, con observadores o con lo que sea.

X6: Observación directa, sería una manera discreta...

Grupo de más de 20 años de experiencia provenientes de AH

X4: La enfermera que lo aplica no debería ser la misma que se evalúa, debería haber alguien externo.

X5: Hombre, la enfermera tiene que registrarlo, pero una vez registrado pues luego que se evaluara de manera externa.

Grupo de 0 a 10 años de experiencia

4.4.5.2. Escepticismo ante la evaluación

Expresiones de que no creen que se mida adecuadamente la calidad del trabajo de las enfermeras.

En cuanto a la evaluación que la institución realiza del trabajo diario de las enfermeras, las enfermeras de AP admiten contar con una cierta evaluación basada en

algunos indicadores, pese a que destacan la perversión de evaluar mediante dichos indicadores y ponen de manifiesto en tres de los cinco grupos, su escepticismo frente a los mecanismos de evaluación utilizados.

En el grupo de enfermeras con más de 20 años de experiencia provenientes de hospital se puso de manifiesto su desconocimiento de la estructura de la organización de AP en este aspecto.

X8: ¿Pero nosotros tenemos calidad en primaria?

X9: Yo creo que sí, que tenemos a X por ahí, que está en...

X8: No, es igual, lo borras esto (ríen todos) Es que no lo sé, en primaria, en primaria...No, no, es igual.

(Hablan todos a la vez)

X3: Como dices tú, como dices tú el proyecto...

X4: Directora de cuidados.

X9: ¿Qué significa directora de cuidados?

X8: A ver, directora de cuidados es hacer protocolos o guías pero no evaluar. Pero no evaluar, porque evaluar es control de calidad.

X6: En el hospital sí que existe.

X8: En el hospital sí pero en primaria yo no conozco nadie que haga calidad, que evalúe la calidad.

X9: ¿Y en Son Dureta te han evaluado?

X3: A mí nunca.

X8: No, a ver, X9, te habrán evaluado o no pero existe la figura, existe la figura, pero en primaria yo no...

Grupo de más de 20 años de experiencia provenientes de AH

En los otros dos grupos donde surgió esta percepción se argumentó de forma más razonada.

X4: A mí eso siempre me ha dado mucha rabia. Quiero decir, tú y yo traba-

jamos, yo lo hago penoso y tú lo haces súper bien pero los dos hacemos veinte, pues los dos hacemos veinte y no es verdad. Yo eso creo que es importante.

Grupo 10 a 20 años de experiencia

X3: Pero es que hay que valorar lo que hace falta, lo que es absurdo es que te pregunten para los incentivos sí, hay que valorar cinco necesidades que a lo mejor son absurdas para esa persona que está estupenda, divina, que es un EPOC, ¿por qué le tienes que preguntar por la eliminación? ¿sabes? Es absurdo que te obliguen a valorar cinco necesidades cuando basta una. Basta una y está perfectamente valorado ese paciente, ya está. Sí, es que me da igual es que todo lo que digo aquí se lo he dicho a la cara a todo el mundo.

X1: A mí, de momento, los indicadores me los han impuesto, me imagino que será gente que ha estudiado más, que tienen más experiencia, me lo creo y lo acepto. ¿Se pueden cambiar? Por supuesto, porque las personas cambian continuamente o sea que los indicadores tienen que cambiar continuamente.

Grupo de 0 a 10 años de experiencia

4.4.5.3. Desigualdad en la evaluación

Las enfermeras expresaron su percepción de injusticia en la medición de la calidad de su trabajo ya que se usan directrices iguales para todos sin tener en cuenta las circunstancias diferenciales entre los distintos profesionales sanitarios, por lo que consideran que la evaluación puede resultar injusta.

Sólo surgió esta percepción en dos grupos y de forma puntual.

X4: Tú. Yo que estoy en pediatría y tengo dos cupos no.

Grupo 10 a 20 años de experiencia

X2: De enfermería, ¿sabes que pasa? Que creo que hay más indicadores de calidad asistencial médicos que enfermeros, en mi opinión, ¿no? Porque por ejemplo, el número de pacientes hipertensos incontrolado no debería

ser un indicador sólo de enfermería.

Grupo de más de 20 años de experiencia provenientes de AH

4.4.5.4. Perversión de los indicadores

La evaluación de la mayoría de los indicadores asistenciales se realiza a través del registro informático, por lo que las enfermeras expresaron su creencia de que es fácil manipularlos de forma que no siempre unos buenos indicadores indican una buena praxis.

X5: Pienso que si tú eres un crack informático y eres un cliquero.

X4: Exacto.

X5: Clic, clic, clic, clic, te salen unos ítems maravillosos y a lo mejor no has hecho ni dos y no has tenido al abuelito con la manita cogida, o no has hablado con él, no le has dado apoyo.

X1: Ni le has dicho nada.

X5: Pero los clicks están allí.

X3: ¿Hipertensos? ¡Uy, yo no tengo hipertensos!. Claro. (Ríe) Cada vez que me salía 135 le he puesto 130. Y lo oyes y lo ves.

Grupo 10 a 20 años de experiencia

X7: Ahora se aprieta un botón.

X6: Ahora se aprieta un botón y como sólo registramos cantidad...

X3: Hombre, claro, el problema de cómo evaluar...

X7: A través de las historias también...

X3: El problema es evaluar todo lo que tú registras, pero con "clicks" no se evalúa el trabajo de las enfermeras.

Grupo de más de 20 años de experiencia en AP

4.4.5.5. Falta de evaluación cualitativa

Percepción de que no se mide la calidad asistencial sino la cantidad.

Este punto surgió en todos los grupos menos en el de coordinadoras con gran acuerdo por parte de los integrantes de los grupos en la necesidad de un nuevo enfoque más cualitativo de los indicadores que miden su trabajo.

X2: No, no, no. Que bueno, yo vuelvo a decir que el problema es que nuestro trabajo, vale que se puede evaluar cuantitativamente una parte pero que la inmensa mayoría de forma cualitativa, ¿no? Realmente que has conseguido con que esa visita sea de cinco minutos o de una hora. Y esto no se evalúa.

X6: Son indicadores de cantidad, no son de calidad.

Grupo 10 a 20 años de experiencia

X5: Pero lo que pasa es que hacen más indicadores cuantitativos que cualitativos, ese es el problema, tú puedes hacer mucha consulta, muchas curas, mucha tensión pero nadie evalúa el trabajo bien hecho.

Grupo de más de 20 años de experiencia provenientes de AH

X4: A lo mejor se trata de hacer algo no tan cuantitativo sino más cualitativo y sin marcar un determinado plazo ni nada.

Muchos: Sí, sí.

Grupo de 0 a 10 años de experiencia

4.4.5.6. Falta de control

Percepción de falta de control en el grado de implantación y cumplimiento de nuevas GPC, protocolos, etc.

En todos los grupos excepto en el de coordinadoras, se destaca una falta de control por parte de la institución en el ámbito de evaluación.

X3: Y luego ya si tienes tiempo y si tú has conseguido entender el protocolo hay que saber si los demás lo van a entender, porque igual tú lo utilizas o lo sigues pero el que viene detrás o el que te sustituye o si un día te echan y viene otro enfermero no tiene ni idea ni conoce el protocolo o no le sirve de nada, no lo entiende.

Grupo de 0 a 10 años de experiencia

X4: Hay una guía pero al final tú haces lo que crees que tienes que hacer.

Grupo de 10 a 20 años de experiencia

X8: Si el profesional no quiere puede estar muy impuesto que te aseguro que no lo hará porque no tienes detrás un policía que esté controlando.

Grupo de más de 20 años de experiencia provenientes de AH

X2: Existen unos programas, unos protocolos, unas guías de actuación y no importa que lo expliques que da igual, porque cada uno hace lo que le peta, a veces es así, no es decir lo selecciono, no, cada uno hace lo que quiere. Yo vacuno aquí porque vacuno aquí, hago la citología a esta señora aunque no esté en el grupo de edad porque se la hago y... esto existe, a mí me lleva preocupando mucho tiempo. A mí me parece falta de rigor, de formalidad y que necesitamos un replanteamiento y no de ahora, supongo que hace tiempo ya que ocurre esto.

Grupo de más de 20 años de experiencia en AP

4.4.5.7. Problemas incentivos: ligado a grupo

Sentimiento de injusticia en la distribución de incentivos o compensaciones que dependen no sólo del trabajo individual sino del resto de profesionales del EAP.

X12: No son individuales, que también se tiene que decir. No tenemos indicadores individuales.

Grupo de coordinadoras

X4: Bueno, pero que siempre, siempre vas “pegado a”, ¿me entiendes?.

Grupo de 10 a 20 años de experiencia

X4: Mira, nosotras nos hemos quejado de que la productividad no era justa porque estaba repartida de una manera muy...

X1: Ligada, ligada a.

X3: A ahorro.

X4: *No, ligada a ahorro y ligada a equipo. A equipo. Y dentro del equipo, que es tan diferente, puede pasar que una persona que trabaje bien en un equipo malo no cobre tanto como una que trabaja mal en un equipo bueno.*

Grupo de más de 20 años de experiencia en AP

X4: *Y sobre todo eso, que se vea reflejado no solamente a nivel individual, porque por ejemplo cobran, a final de año cobran una apartado por algo de...*

X6: *Por incentivos.*

X5: *Sí.*

X4: *Que por ejemplo eso solo lo cobra la gente que tiene la plaza, pues que se viera reflejando algo que afectara a todo el mundo, por ejemplo, hasta que consigues tu plaza igual pasan doce años. Claro, tú puedes estar en los centros pasando de todo y pensando y diciendo total no me van a pagar. Entonces necesitarías eso, que te dieran algún tipo de incentivo, de compensación.*

Grupo de 0 a 10 años de experiencia

4.4.5.8. Evaluar EBE

Percepción de que sería importante medir el grado de implantación de EBE y la eficiencia del trabajo de las enfermeras ya que piensan que de esta forma se realizaría una evaluación más real de su trabajo.

Este punto surgió en dos de los grupos.

X1: *Es lo que yo decía. Sería interesante evaluar nuestra eficiencia porque es que a veces dices ¿es que somos tan trastos que no hacemos nada? No.*

X4: *No, pero es que hay gente que en cinco minutos soluciona problemas y hay gente que necesita una hora, eso es real, quiero decir, eso da igual. Un poco, evaluar resultados, creo yo.*

Grupo de 10 a 20 años de experiencia

X5: Incentivan mucho los resultados también, eh? Cuando tu ves un buen resultado o que algo funciona, te motiva a seguir por el camino, necesitas unas buenas bases para poder obtener resultados positivos.

X1: Es lo que digo. Una persona que te pierda diez kilos dices ¡jo! alguien que me hace caso. Por lo menos estoy contento, alguien ha perdido. O alguien que es diabético dice mira, no necesita tratamiento gracias a que yo como enfermera he estado haciendo, he conseguido que haga una buena dieta y que haga ejercicio. Resultados.

Grupo de 0 a 10 años de experiencia

4.4.6. Propuestas de mejora

Sugerencias que se podrían aplicar desde la institución para trabajar con EBE.

Las enfermeras realizaron propuestas de mejora que podría realizar la institución para que ellas pudiesen trabajar con más evidencia en su práctica diaria. Se mencionaron en los diferentes grupos la idea de crear grupos especializados en un tema concreto que transfirieran después los conocimientos al resto de las enfermeras de AP, actualizar los programas, mejorar los materiales, disminuir la presión asistencial, dar más tiempo en la jornada laboral para dedicarlo a investigación, aumentar la formación en investigación y realizar charlas externas por expertos en los CS.

4.4.6.1. Aumento de formación

Propuestas de que la institución facilite la formación en EBE.

Esta sugerencia se hizo en tres de los cinco grupos con completo acuerdo de todo el grupo. Este requerimiento aparece transversalmente dentro de otras categorías del discurso.

X1: Yo pediría un cursillo, o sea si yo quiero investigar pues me formáis bien, un cursillo de, no sé, de treinta horas, de lo que sea... entonces ya tengo conocimientos y puedo hacer cosas.

X3: Y que los hicieran regularmente porque de un cursillo a otro...

Muchos: ¡Eso, eso!

X5: *De vez en cuando ponen, hay, pero creo que son los menos atractivos para nosotros.*

X3: *Eso es verdad.*

X7: *Pero que los hicieran en plan de, de...*

X5: *Son muy poco atractivos, muy teóricos*

X7: *...eso mismo, que te enseñen a hacer una investigación de verdad no que te enseñen solamente como buscar las páginas...*

X7: *y sí, no tanta muestra, que hay que saberlo, pero llegas allí y es lo que menos te interesa, tú intentas hacer, por ejemplo, un póster, pues vamos a hacer un curso de hacer posters como de formación para esto concreto.*

X1: *Es que mira, te formo y ahí participas en este póster.*

X7: *Sí, por ejemplo.*

X1: *Y así aprendes y te ves compensado.*

X6: *Sí, pero en horario laboral. En horario laboral, ya que estamos pidiendo voy a pedir lo que me gustaría. Si no puede ser en horario laboral entonces haremos un esfuerzo.*

X3: *Es que en teoría tenemos docencia, tenemos días de docencia para eso.*

X3: *Que ahora tampoco se sustituyen, así que si no te los coges mejor para tus compañeros.*

X5: *Esos días de docencia se podrían utilizar para investigación.*

Grupo de 0 a 10 años de experiencia

M: *¿Y cómo creéis que se incentivaría la aplicación de la PBE?*

X2: *A mí, ¡con formación!*

X2: *Pero con formación en el tiempo que yo dedico, ¿vale? El otro es mío, el otro es sagrado. O sea, yo tengo una familia y ese tiempo es mío, ¿vale?*

Y yo... Y más en los tiempos que corremos. Yo puedo decidir cómo encauzarlo y una tarde a mí no me sabe mal, pero que tengo, que a mí esa tarde que yo pierdo para mí es muy importante, ¿vale? Y a mí no se me agradece o yo no me siento que a mí, esto se tenga en cuenta.

Grupo de 10 a 20 años de experiencia

X4: Primero formación.

X6: Formación.

X1: Formación por encima de todo, para eso tiene que haber reuniones...

X6: Formación de profesionales.

X4: Cuando tú quieres conseguir que la SEAT haga el modelo así tienes que coger a todos los que lo tienen que hacer y formarlos para que lo hagan de esa manera. No quien quiera y dejarlo caer. No. Una, apostar por una formación, no te digo, a ver, obligatoria, bueno sí, obligatoria. Tú dentro de la jornada laboral tenemos que formar a la gente porque queremos que haga este trabajo determinado. Es que si no...

X9: Independientemente de la evidencia científica hace mucho tiempo que nosotros siempre hemos pedido que la formación sea en horario de trabajo, que yo creo que es un atractivo para que vaya todo el mundo.

X1:...todo el mundo tendría que tener mínimos conocimientos de una investigación científica, de cómo se compone un artículo, de que hay que hacer con ello, eh, y de cómo se critica algo. Hay que poder acostumbrarse a hacer esto. Para esto hace falta formar a la gente.

Grupo de más de 20 años de experiencia en AP

4.4.6.2. Crear grupos especializados

Potenciar grupos de enfermeras interesadas en temas concretos desde la institución.

Esta propuesta surgió en tres de los cinco grupos en los que se sugería fomentar desde la gerencia grupos con enfermeras de distintos CS para investigar lo que

contribuiría además a una mejor comunicación entre los CS ya que dicen sentirse muy aislados unos de otros.

X2: Y unirnos, ¿no? Y darnos ese empujón que a lo mejor nos hace falta, Saber que hay alguien que también está interesado en lo mismo que tú y que te va a ayudar o puede hacer algo diferente, bonito. Porque a mí, como que me da bastante respeto, meterme solo en según qué.

Grupo de 10 a 20 años de experiencia

X2: Lo que te quiero decir es que tendríamos que tener unas líneas claras de lo que se pudiese investigar, investigación de enfermería, y hacer participar a la gente de base como machaca, como dice ella, pero que ya entras dentro de lo que son proyectos de investigación y aprendes, vas aprendiendo a hacer. Claro que tiene que haber una persona que hace diseño, que hace todo y los otros tenemos que hacer el trabajo, pero haciendo el trabajo y mirando que resultados al final salen de tu propia investigación, yo creo que eso motivaría muchísimo a la gente a hacer, a aplicar la evidencia en la práctica clínica.

Grupo de más de 20 años de experiencia provenientes de AH

4.4.6.3. Actualización de programas

Elaborar y actualizar protocolos y programas de acuerdo con la última evidencia.

Esta sugerencia se hizo sólo en el grupo de coordinadoras probablemente porque son las que más apreciarían unas directrices claras y basadas en la evidencia ya que se sienten con la responsabilidad de dirigir a las demás enfermeras de su CS.

X9: Primero de todo, con los recursos que tenemos y del tiempo de que disponemos pues que, programas, protocolos, todo lo que tenemos estuviese bien evidenciado de momento y después si tenemos alguna duda, lo actualizamos, lo hacemos así como podemos, lo pedimos...

Grupo de coordinadoras

4.4.6.4. Más recursos

Recursos con los que la institución podría facilitar el trabajo con EBE. Dentro de

esta categoría se incluyeron distintas necesidades que desde la institución deberían ser atendidas, tales como más tiempo en la jornada laboral, disminuir la presión asistencial o mejorar los materiales de trabajo.

4.4.6.4.1. Más tiempo

Más tiempo para actualizarse en PBE y que esté incluido en la jornada laboral.

X9: Independientemente de la evidencia científica hace mucho tiempo que nosotros siempre hemos pedido que la formación sea en horario de trabajo, que yo creo que es un atractivo para que vaya todo el mundo.

Grupo de más de 20 años de experiencia provenientes de AH

X5: Eso es, el tiempo para tú actualizar y para ver lo que, lo que has visto durante el día, lo que puedes cambiar y lo que no.

X4: Y a la vez eso, también para mirar cosas que se están cocinando nuevas o que te puedan ayudar o tal.

Grupo de 0 a 10 años de experiencia

4.4.6.4.2. Disminuir la presión asistencial

Aumentar el personal de enfermería a fin de disminuir la cantidad de trabajo para aumentar su calidad.

X10: Porque hay más trabajo.

X2: Hay mucho trabajo y ahora no sustituyen nada.

Grupo de más de 20 años de experiencia provenientes de AH

X2: (...)Pero yo últimamente es que no tengo tiempo, vamos, abro el correo pero... No tengo tiempo ni para leerme un artículo. O sea, que tampoco(...) ¿A dónde vamos? ¿estamos haciéndolo bien? ¿hay cambios? ¿sirve para algo? Es más, es que no tengo tiempo para evaluarlo porque tengo una presión asistencial detrás que es que ya voy justo para poderme escapar ese tiempo para poder ir a hacer esto.

Grupo de 10 a 20 años de experiencia

4.4.6.4.3. Mejorar los materiales

Actualizar y mejorar la calidad de los materiales de trabajo.

Esta sugerencia sólo se hizo en el grupo de los más jóvenes, probablemente porque trabajan mucho en urgencias y echan de menos material más adecuado.

X6: (...)pero alguna motivación como si conseguís esta meta pues vamos a cambiar el aparato de electros y lo vamos a informatizar. (Ríen).

X3: Estaría guay.

X6: Eso también, a lo mejor soy superficial pero sí que motivaría a la mayoría. Que mira, no, ni dinero ni nada si no el material. Los termómetros pues digitales de estos de pocos segundos.

X7: De estos que te lo leen directamente y no tienes que tener al niño ahí...

X6: Eso, sí. (Ríen) Material, mejorar el material. ¿Sabes? Vas a tener este premio.

X4: Si eso, que mejoren el material, que nos den intraóseas por ejemplo.

X3: Y material de alergia. (Ríen todos)

X6: Eso, el material de alergia. Que nos digan vas a tener...

X4: Sí, quieras que no que el trabajo se vea reflejado de alguna forma, o sea que te van a responder de alguna forma, que no estás haciendo cosas que van a caer en saco roto.

Grupo de 0 a 10 años de experiencia

4.4.6.5. Charlas externas

Promover sesiones llevadas a cabo por profesionales expertos ajenos al EAP del CS.

X3: Motiva mucho que venga alguien de fuera más experto que lo que a lo mejor pueda dar yo, o yo o algún compañero porque a veces prepara uno la sesión de tal, de dos indicadores pero es más efectivo y da como más impulso cuando vienen de fuera.

Grupo de coordinadoras

X6: Y que la montaña venga a Mahoma. (Ríen). O sea, que vengáis vosotros al centro, que digáis mira el lunes de doce a dos vamos a hacer esto, para todos, como que sea una obligación, que pille a la gente allí porque si los que estamos en la part forana tenemos que ir a Palma, y perder toda la tarde y mañana...Así no...

Grupo de 0 a 10 años de experiencia

4.4.6.6. Obligatoriedad de la formación en PBE

Demanda de que la formación de actualización en PBE sea obligatoria.

Esta categoría se discutió ampliamente en el grupo de las enfermeras con más experiencia y en el de las más jóvenes con gran acuerdo del grupo en ambos casos.

X4: Se necesita formación pero no formación voluntaria. O sea, cuando tú quieres conseguir que la SEAT haga el modelo así, tienes que coger a todos los que lo tienen que hacer y formarlos para que lo hagan de esa manera. No quien quiera y dejarlo caer. No. Una, apostar por una formación, no te digo, a ver, obligatoria..., bueno sí, obligatoria. Dentro de la jornada laboral se tendría que formar a la gente porque queremos que haga este trabajo determinado. Es que si no...

X3: Sí, pero para esto hay los mandos intermedios. (Ríen). Claro, hay mandos intermedios que se tienen que posicionar digo yo, tanto el coordinador médico como la coordinadora, yo, para mí... quien sea tiene que decir, escucha, no, tú quiero que vengas, quiero que estés en la sesión.

Grupo de más de 20 años de experiencia provenientes de AH

X6:...que sea como una tarea más, igual que tienes analíticas de ocho a ocho y media pues tienes actualización (en EBE).

X5: Eso es, el tiempo para tú actualizar y para ver lo que, lo que has visto durante el día, lo que puedes cambiar y lo que no. Y a la vez eso, también para mirar cosas que se están cocinando nuevas o que te puedan ayudar.

Grupo de 0 a 10 años de experiencia.

4.4.7. Gestión

Aspectos relacionados con el equipo directivo de los centros de salud en relación a la implantación de PBE. El equipo directivo está formado por el director de zona (médico), la coordinadora de enfermería y el responsable de admisión.

Lógicamente esta categoría surgió especialmente en el grupo de coordinadoras de AP y se mencionaron problemas relacionados con la gestión desde los mandos intermedios. Se habló de la necesidad de formación en gestión que tienen las coordinadoras, de los conflictos existentes entre médicos y enfermeras que dificultan la gestión, de la necesidad constante de consultar a coordinadores de otros CS o a la dirección de enfermería con respecto a dudas que surgen en la gestión y de la presión a la que están sometidas las coordinadoras dentro de su propio equipo de enfermeras.

4.4.7.1. Necesidad de formación en gestión

Percepción de carencias de formación en gestión para establecer una PBE.

Esta categoría sólo emergió en el grupo de coordinadoras pero con gran respaldo del resto del grupo.

X10: (...)Entonces está muy bien, y queremos hacerlo muy bien pero cinco días de curso a mí no me lo han ofrecido y llevo X años de responsable en Y. ¡Ojala me los ofrecieran!.

X2: Y eso yo pienso que es una reivindicación muy antigua que está en muchos mandos intermedios y directores de enfermería y que está ahí...

Grupo de coordinadoras

4.4.7.2. Conflicto de intereses médico/enfermera

A nivel de coordinación, es el médico quien elige a la coordinadora de enfermería.

X11: (...)por el mero hecho de ser médico no tendría que acotarse el desarrollo profesional en la gestión de una enfermera, es un poco...Como me ha pasado a mí pues yo lo explico, o sea, tú eres enfermera y eres coordi-

nadora en la gestión por una gracia concedida del coordinador. Que si el coordinador se enfada contigo mañana...

Grupo de coordinadoras

4.4.7.3. Consulta a otros coordinadores para dudas con respecto a la gestión

Las coordinadoras de enfermería reconocieron que en muchas ocasiones el mejor recurso para la resolución de dudas de gestión es consultándose entre ellas.

X10: Un poco lo mismo. Pues quizá llamar a otros compañeros que están en otros centros, yo lo hago de llamar a lo mejor a una más amiga o más conocida que sea coordinadora de enfermería en algún otro centro y preguntarle mira y esto, aquello si te puede ayudar.

X1: Hombre, esto ya es una oportunidad. Yo creo que por ejemplo un grupo así de discusión a mí me parece muy interesante, porque me parece enriquecedor, o sea, de hecho muy pocas veces podemos hacerlo entonces, a mí, esto me está pareciendo una oportunidad profesional para compartir con otra gente otras ideas.

Grupo de coordinadoras

4.4.7.4. Consulta a dirección para dudas con respecto a la gestión

Las coordinadoras consultan sus dudas sobre gestión o cualquier otro tema a la dirección de enfermería pero consideran que se deberían establecer unos recursos humanos o instrumentales claros a los que se pueda recurrir en caso de dudas. Se consideran atendidos pero no de forma idónea por el tono irónico de su discurso.

X10: (...)o directamente a la dirección de enfermería. Porque esto ya son temas de recursos humanos y de gestión que, que sí que no hay un manual que nos diga como hay que hacerlo.

(...)

X11: El teléfono te lo cogen, pero... (Como queriendo decir que hacen poco caso de tus planteamientos)

(Ríen y se oyen más murmullos afirmando)

X11: Muy consentidos, los que estamos aquí estamos es muy consentidos...

(En tono jocoso).

X5: El dimitir te lo ponen difícil, ¿eh?

Grupo de coordinadoras

4.4.7.5. Rol de la coordinadora de enfermería

Papel o funciones que desempeña o debería desempeñar la coordinadora con respecto a la PBE.

En el grupo de enfermeras con más experiencia expresaron el problema de que la coordinadora de enfermería debe ocuparse de asuntos administrativos y domésticos (averías tanto del edificio como de aparataje, pedidos de material, etc.) comparándola con una “ama de llaves” o con “chica para todo” en vez de a labores más propias de enfermería.

X1: Yo siempre lo he dicho, yo me he sentido un ama de llaves, ¿eh?, mientras lo he sido.

X7: Chica para todo. Chica para todo.

X1: Sí, ¡y sin recursos ni potestad!.

X2: Eso no tienes porque asumirlo, X1, porque en ningún lugar consta esto. Que tenga que ser el ama de llaves ni nada de esto.

X1: No si ya lo sé.

Grupo de más de 20 años de experiencia en AP

En el resto de los grupos, se preguntó a las enfermeras el rol que pensaban que su coordinadora debería tener respecto al trabajo con evidencia. Se mencionó en algunos de los grupos que era necesario que la coordinadora se posicionase, que necesitaba una dirección por parte de la GAP, que debía reconducir hacia el trabajo con evidencia, ser facilitadora de evidencia y que era importante para el trabajo con evidencia, pero, sobre todo, en la mayoría de los grupos se identificó a la coordinadora de enfermería como un referente o líder para trabajar con evidencia. Sólo

en el grupo de los más jóvenes se habló también de la responsabilidad personal y de que si la coordinadora no lidera o no está motivada para la implantación de EBE el resto del equipo debería demandárselo como parte de sus funciones.

4.4.7.5.1. Referente/líder

Los participantes creen que la coordinadora es un ejemplo para el resto de enfermeras, influyendo en todo el equipo de enfermeras.

El discurso en este aspecto fue muy coincidente en todos los grupos ya que, en la mayoría de ellos, se identificó a la coordinadora de enfermería como un referente o líder para trabajar con evidencia, incluso en el propio grupo de coordinadoras se asume esta situación aunque se intuye que no siempre es así y que llega a ser agotador.

X7: Nosotras las coordinadoras somos un ejemplo, creo que tendríamos que ser un referente para ellas. Tú no puedes pretender que tus enfermeras hagan su actuación basándose en la evidencia si tú no lo haces. Tienes que ser un buen ejemplo.

X4: Así tendría que ser. (Ríen)

(...)

X2: (...) Como queráis llamarla, la supervisora, la coordinadora, la palabra que quieras, tiene que ser un poco el motor del equipo, que lo mantenga dinámico y en continua evolución.

X5: Ahora, la pregunta que has hecho tú, ¿qué hacemos? Pues mira, hablar todo el día, y hablar con uno y hablar con el otro y motivarlo y tal, y cuando te vas a casa dices “¿y qué he conseguido hoy, a ver?”.

(...)

X5: Hombre, en principio tú tienes que ser un poco el líder de los cuidados.

Grupo de coordinadoras

X1: Es el ha de liderar. De alguna manera es el que ha de llevar adelante esa motivación.

X3: *Lo que sí, lo que sí es verdad es que la idea es de hace muchos años. Cuando yo era responsable de enfermería ya se hablaba de la figura de enfermera como líder de cuidados en el centro de salud, de ser la persona, no que supiese más de cuidados pero sí que fuera la persona que empujase a las enfermeras a llevarlo, ¿no?.*

Grupo de más de 20 años de experiencia en AP

X1: *Para concluir, creo que lo que se tendría que hacer es darle la vuelta a este tema y que las supervisoras ocoordinadoras de los centros de salud y demás áreas asistenciales fueran líderes de cuidados...*

X8: *Sí.*

X1: *...y llevasen a cabo todo este tema del que estamos hablando aquí.*

Muchos: *Sí, sí, sí.*

X1: *El poder aplicar la evidencia en nuestra práctica clínica y esa persona debería ser la que dirige eso y además nos facilitara todos los recursos necesarios para poderla aplicar, esa es mi opinión.*

X2: *Pues por ejemplo, lo prioritario es que los coordinadores de enfermería fuesen líderes de cuidados. Lo más fundamental.*

X9: *Sí, yo también, yo también.*

X6: *Por ejemplo.*

X2: *Y desde aquí pues ya empezaríamos a hablar.*

Grupo de más de 20 años de experiencia provenientes de AH

M: *¿Y quién pensáis que tiene que ser la persona que promueva esto dentro de un centro de salud?*

X3: *La coordinadora.*

Todos: *La coordinadora.*

X3: *Pero todos deberíamos estar interesados y si la coordinadora no tiene tiempo o no tiene muchas ganas deberíamos pedírselo nosotros.*

Grupo de 0 a 10 años de experiencia

4.4.7.5.2. Importante para EBE

Lo que los participantes consideran como una pieza clave para trabajar con EBE.

X7: Exacto. Igual si es la coordinadora de enfermería la que fomenta el trabajo basado en evidencia es más fácil que uno individual desde abajo.

X1: Yo creo que sí porque la coordinadora como tiene más poder puede hacer cosas con esto.

X5: Por lo menos ella ya puede decir nos vamos a reunir una vez por semana, algo que no puedo decir, yo, ¿no?

X4: ¿Qué luego la gente puede ayudar? Sí, pero las bases las tiene que poner ella.

Grupo de 0 a 10 años de experiencia

X8: La coordinadora puede facilitar, facilita el trabajo bien hecho.

Grupo de más de 20 años de experiencia en AP

4.4.7.5.3. Reconducir hacia EBE

Los participantes creen que la coordinadora de enfermería tiene capacidad de modular y equilibrar el trabajo reconduciéndolo hacia una PCBE.

Las mismas coordinadoras asumen que es su función pero dan por sentado que las directrices que vienen desde la institución deben estar basadas en la evidencia.

X9: (...)Si nos dan unos indicadores se supone que están evidenciados porque demuestran alguna cosa o repercuten. Por lo tanto, yo creo que ser coordinador se trata de reconducir para poder seguir estas recomendaciones y trabajar con evidencia. Lo primero que hay que hacer es conseguir que se reúnan con nosotras e intentar dar a entender que se tiene que seguir una manera de trabajar adaptada a unas recomendaciones que se supone que mejoran la calidad de asistencia. Pero poco a poco....

Grupo de coordinadoras

X4: Que la responsable de enfermería tendría que ser la que transmitiera la idea de qué esperamos de ti y evaluar continuamente.

Grupo de más de 20 años de experiencia en AP

4.4.7.5.4. Necesidad de posicionamiento

Percepción de que es necesario que la coordinadora imponga directrices claras al equipo en cuanto a la implantación de evidencia.

Se habló de este tema sólo en el grupo de enfermeras con más de veinte años de experiencia en AP.

X3: Sí, pero para esto hay los mandos intermedios, que no hemos dicho nada de los mandos intermedios. (Ríen). Claro, hay mandos intermedios que se tienen que posicionar digo yo, tanto el coordinador médico como la responsable, yo, para mí... Y si no la líder del centro o la persona que sea tiene que decir, escucha, quiero que vengas, quiero que estés en la sesión.

Grupo de más de 20 años de experiencia en AP

4.4.7.6. Carencias de la coordinadora de enfermería

Apreciaciones del grupo acerca de las carencias de las coordinadoras.

Las enfermeras también tuvieron en cuenta las carencias con las que cuentan las coordinadoras en AP y se comentó la falta de poder ejecutivo, la falta de instrucciones desde la gerencia y la heterogeneidad entre las coordinadoras de los diferentes CS.

4.4.7.6.1. Falta de poder ejecutivo

Consideran que las coordinadoras tienen poco poder real para dirigir el equipo.

X10: Sí, que otro estamento pueda decir enfermeras haced esto como pasó con el triaje de enfermería que fue algo impuesto y ni nosotras ni la dirección de enfermería pudimos pararlo...

Grupo de coordinadoras

X2: (...)últimamente, no sé, supongo que tampoco depende todo de la coordinadora, supongo, ¿eh? No creo que sea ella la responsable directa de que no nos sustituyan como antes...

Grupo de 10 a 20 años de experiencia

4.4.7.6.2. Falta de instrucciones desde gerencia

Consideran que desde la Institución existe una carencia de instrucciones concretas en múltiples campos de la gestión.

X10: (...) o directamente a la dirección de enfermería. Porque esto ya son temas de recursos humanos y de gestión, que no hay un manual que nos diga como hay que hacerlo.

Grupo de coordinadoras

4.4.7.6.3. Heterogeneidad entre las coordinadoras

Consideran que las coordinadoras de enfermería son muy distintas entre sí y dirigen al equipo de formas muy diversas.

X3: (...) yo creo que es una cosa intrínseca de la parte del responsable, que tiene que saber decir no, a ver, de la limpieza que se encargue otro y me da igual. Quiero decir, en el centro Y por ejemplo la responsable de limpieza es un médico. Sí, sí. Tú, te ha tocado y punto y ya está. Y de aquí seis meses a lo mejor lo será la administrativa equis o una enfermera, pero...

X7: Si es rotatorio está muy bien.

X3: También hay que decirlo todo, hay responsables de enfermería que se sienten muy a gusto en este papel, como de ama de llaves, y no con el papel de líder de cuidados. (Ríen)

Muchos: También, también. .

Grupo de más de 20 años de experiencia en AP

X1: (...)lleva su agenda más todo el follón de tema pedidos...Ojalá tuviera tiempo de liderar y evaluar los cuidados de las enfermeras.

X6: *Y va tapando huecos.*

X8: *Si dejaran de hacer asistencial, a ver si realmente liderarían los cuidados (ríe).*

Grupo de más de 20 años de experiencia provenientes de AH

4.4.7.6.4. Heterogeneidad de las funciones de la coordinadora

Refieren que la coordinadora tiene excesiva multiplicidad de funciones y tareas en los CS.

Las enfermeras detectaron como principal problema en la mayoría de grupos de discusión la heterogeneidad de funciones que debe llevar a cabo una coordinadora en AP además sin una formación adecuada en gestión a cargo de la institución.

X10: *Es que nosotros creo que somos unos coordinadores creados como Superman, no sé, podemos con todo, ¿no? Superwoman. Es decir, la figura de coordinador en Atención Primaria.*

X11: *Pero nosotros tenemos un cupo, unas actividades comunes, somos enfermeras de zona, estamos ahí y además. Queremos hacerlo muy bien pero llevo Z años de responsable en Y y nunca me han ofrecido ni cinco días de curso para aprender a gestionar mejor. Ojalá me lo ofrecieran.*

X10: *Y porque es una realidad que dentro de nuestras funciones sale investigadora pero a ver quien es el guapo que tiene además de la capacidad de hacer asistencia, de hacer gestión y de hacer todo lo demás para también ser un experto en, en qué tipo de dieta y qué cantidad de calorías les das.*

Grupo de coordinadoras

Se detecta amargura y resignación en la asunción de funciones que nadie quiere.

X7: *Yo ahora diré una cosa que no es a nivel personal de nadie, eh, pero a la responsable de enfermería por desgracia se le piden cosas que no quiere hacer nadie. Si tengo una bombilla, ahora no sé que...*

X3: *La limpieza.*

X7: *La calefacción no funciona.*

X9: *Pero bueno, eso va con el contrato. (Ríe)*

X7: *Y después no le queda tiempo para hacer liderazgo. Y además actualmente tiene que pasar consulta también, y tiene que hacer lo que hace otra enfermera también. Eso es imposible, es una Superwoman, es imposible que tenga tiempo para todo. Porque se le exige, se le supone que tiene que hacer una serie de cosas. ¿Y por qué?*

X5: *Asistencia, también.*

X4: *Yo siempre he sido partidaria de que no, de que las liberen de lo asistencial, pero no, eso es muy caro.*

X7: *Ah, claro, siempre estamos en lo mismo.*

Grupo de más de 20 años de experiencia en AP

X1: *De todas maneras, en mi opinión, el trabajo que hacen los coordinadores de los centros de salud o las supervisoras de unidad, que yo he sido supervisora durante mucho tiempo más que supervisar calidad de los cuidados hemos hecho de...*

X7: *De todo menos de eso.*

X1: *...de turnos, todo el día de pedidos, de cosas de este tipo y en primaria lo que además hacen es consulta, ¿eh? Esta persona debería liderar los cuidados y trabajar con las enfermeras para que estuviéramos trabajando en esa línea de aplicar la evidencia a la práctica. Esto no se hace...*

X6: *Porque no tienen tiempo.*

X10: *La tienen como un administrativo casi.*

X1: *...bien porque no es una persona que lidera cuidados si no que simplemente la tienen allí para hacer cosas que no deberían.*

X9: *No es un líder asistencial en esta comunidad nuestra, es un administrativo y ya está. Es una persona que es el supervisor...*

Grupo de más de 20 años de experiencia provenientes de AH

4.4.8. Facilitadores de EBE por la institución

Hechos o actitudes desde la Institución que las enfermeras consideran facilitadores de EBE.

Las enfermeras en los diferentes grupos de discusión identificaron una serie de facilitadores proporcionados por la institución para trabajar con evidencia en su práctica diaria. Estas referencias fueron prácticamente anecdóticas y el discurso no llegó a consenso en la mayoría de los casos. De esta manera, podemos decir que estos facilitadores no forman parte del discurso mayoritario de las enfermeras. Pese a todo, debemos señalar que algunos de los profesionales se sienten escuchados por la institución, sienten que forman parte de la creación de protocolos, ven los sistemas de información y el registro facilitado por la institución como algo positivo, perciben la AP como una oportunidad de desarrollo profesional y sienten que la institución escucha sus demandas en cuanto a la formación.

4.4.8.1. Demanda de necesidades de formación

Alusiones a la consulta que se efectúa anualmente al personal de enfermería sobre la planificación de cursos.

X10: La verdad es que te sientes incluido.

X12: Sí, además cada año te preguntan que cursos quieres para el año siguiente.

X5: Cada curso que dan te preguntan como ha ido el curso.

X1: Sí, y lo que dice ella, todos los años te mandan una hoja en la que te preguntan qué nos interesa más.

Grupo de coordinadoras

4.4.8.2. Algunos forman parte de la creación de protocolos

Enfermeras en los CS que participan en la elaboración de los protocolos.

X4: En general, en primaria, los protocolos están hechos por personas que están trabajando en los centros de salud, liberados unos días o una tem-

porada y con una, alguna persona del gabinete técnico para dirigir el grupo, pero prácticamente todos los protocolos están hechos con gente que trabaja.

Grupo de más de 20 años de experiencia en AP

4.4.8.3. Sistemas de información en positivo

Percepción de que la informática ha supuesto una mejora en algunos aspectos profesionales.

Consideran que la informática supone una unificación de criterios de registro.

X10: Yo también. Es que no sé si os acordáis que hace muy poco tiempo que andábamos con la historia clínica haciendo nuestros SOAPs (iniciales de la hoja de registro manual que se corresponden con: S, motivo de visita; O, datos objetivos; A, diagnóstico y P plan de cuidados) como buena-mente queríamos y en nuestra P poníamos lo que queríamos, ahora hay consejos, ejercicios...Quiero decir que eso también supone un avance.

Grupo de coordinadoras

X4: De todas maneras la práctica diaria nuestra sí registramos, yo creo que se pueden hacer estudios o sacar conclusiones con los datos que se pueden sacar del sistema informático.

Grupo de más de 20 años de experiencia provenientes de AH

4.4.8.4. Atención primaria como oportunidad

Percepción manifiesta de que la AP constituye una oportunidad de mejora profesional en sí misma comparada con el otro ámbito profesional que es el hospitalario.

X6: Yo creo que tenemos mucha autonomía en atención primaria, es una de las cosas...

X4: Primaria es un privilegio.

X6: Es un privilegio seguro. La autonomía para mí es muy importante.

X1: *Yo lo tuve claro desde el principio, prefiero la autonomía de primaria.*

Grupo de más de 20 años de experiencia en AP

X2: *De todas maneras, nosotros que somos un grupo que hemos estado en el hospital y ahora nos hemos integrado en primaria la idea que había, que teníamos que íbamos a jubilarnos a primaria, creo que es muy errónea, es muy diferente. De todas maneras, creo que para nosotros ha sido un esfuerzo muy grande y un estímulo para empezar a hacer cosas que a lo mejor ya nos creíamos que nos las haríamos nunca. Que la disposición a prepararnos y a hacer cosas nuevas ha sido grande, y ha sido duro.*

Muchos: *Sí, sí.*

X2: *Ha sido duro, creo que nos ha estimulado mucho el hecho de entrar en una dinámica diferente y hacer cosas, quiero decir...*

Grupo de más de 20 años de experiencia provenientes de AH

4.5. Percepción negativa de la profesión

Esta familia se refiere a los diversos matices negativos percibidos por el grupo de la profesión enfermera en general.

En el discurso de las enfermeras participantes en todos los grupos de discusión se detectó una percepción negativa de la profesión de enfermería que influye de manera directa en sus ganas de actualizarse y trabajar con evidencia. Los profesionales hablaron de falta de autonomía, falta de autoestima profesional, agotamiento y decepción ante la informatización de la información en AP, pero sobretodo, se detectaron sentimientos de frustración, derrotismo y pesimismo frente a la enfermería comunitaria (Figura 7).

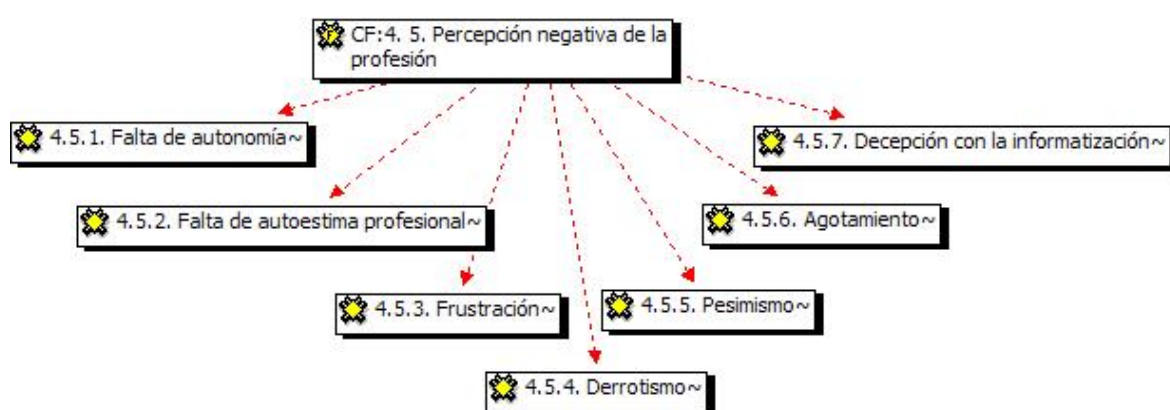


Figura 7. Familia “Percepción negativa de la profesión”

4.5.1. Falta de autonomía

Percepción de falta de independencia profesional.

X2: También es importante que nos sintamos autónomos en nuestras competencias.

X3: Yo he estado muchos años siendo autónoma, he tenido muy buenos equipos. Ahora he hecho un cambio de centro y ahora no lo soy nada y me siento fatal.

X5: Y tú eres la misma enfermera.

X5: *Y es poco enriquecedor no sentirte autónomo.*

X2: *Sí, es muy desmotivador*

X3: *Dejas hacer.*

X5: *Claro. Es terrible.*

Grupo de 10 a 20 años de experiencia

4.5.2. Falta de autoestima profesional

Sentimiento expresado de infravaloración como profesional por las propias enfermeras.

Refiriéndose a los médicos y al reconocimiento del trabajo de las enfermeras.

X2: (...)este reconocimiento yo creo que ya lo tenemos muchas y muchos. Lo tenemos. Y de profesionales también médicos, eh?. Hay que decirlo.

X1: *Sí.*

X3: *Es que yo creo que incluso a veces nos reconocen más ellos que nosotros mismos.*

X1: *Efectivamente.*

X2: *Si, pero el reconocimiento formal a veces no está tan claro.*

Grupo de más de 20 años de experiencia en AP

4.5.3. Frustración

Expresión de sentimientos contradictorios respecto a las propias expectativas profesionales.

X4: *Ahora imagínate yo que hace veinte años que estoy en primaria, y mucho. Llevamos veinte años luchando siempre nosotras por la profesión. Hemos luchado desde que estudiábamos hasta ahora.*

X3: *Dices yo haría y te frenan y te frenan. Pues dices ¡a la porra!.*

X2: *El otro día hasta lo decía un compañero médico.*

X3: *Es triste, es triste.*

Grupo de 10 a 20 años de experiencia

X7: *Sí, pero ves que si enseñas a tus compañeros y se lo dices que están equivocados, o yo lo haré de esta manera o les enseñas y al día siguiente vuelven a hacer lo que hacían, entonces dices bueno, no sé si vale la pena.*

Grupo de más de 20 años de experiencia en AP

Refiriéndose a si se sienten generadores de Evidencia o no en su trabajo diario.

X7: *En consulta igual sí pero en continuada (urgencias) no. Y de hecho me siento más bien un poco frustrada. Porque a veces intentas aplicarla e incluso te paran los pies Pues bueno, pues lo seguimos haciendo igual.*

Grupo de 0 a 10 años de experiencia

4.5.4. Derrotismo

Expresiones de agotamiento y desencanto profesional.

X2: *Es que ahora está fatal.*

X5: *Hemos ido a menos.*

Todos: *rien.*

X2: *Hemos ido a menos, hemos ido a menos. Entonces claro, el plan famoso de austeridad, es que vamos, es que somos mano de obra barata. Yo me siento así la verdad.*

Grupo de 10 a 20 años de experiencia

Refiriéndose a los indicadores de evaluación de calidad que no consideran adecuados:

X4: *Sí, sí, sí. Hace tantos años que lo decimos, pues lo volvemos a decir.*

X2: *...es una lucha desde que yo empecé hace diez años.*

X4: *Pero no hemos cambiado nada.*

Grupo de 10 a 20 años de experiencia

Refiriéndose a la incorporación a AP de nuevos profesionales desde el hospital:

X4: *Ha sido un desastre para primaria.*

X2: *Ha sido un desastre para primaria. La verdad que sí.*

X4: *Un descalabro más que un desastre.*

Grupo de 10 a 20 años de experiencia

X9: *Ha sido un cambio que ha afectado muy mal en primaria, muy mal.*

Grupo de más de 20 años de experiencia en AP

4.5.5. Pesimismo

Expresiones de fatalismo ante el futuro profesional.

Refiriéndose a la precariedad laboral en la que se encuentran los más jóvenes.

X4: *Actualmente se nos desmotiva a diario. (Ríen).*

Grupo de 0 a 10 años de experiencia

X2: *Y las adjudicaciones (refiriéndose a nuevas plazas temporales y/o interinas de enfermería), las nuevas adjudicaciones son cero, o sea, ya nos lo han dicho, el año que viene estaremos peor que este con lo cual (ríe)*

X5: *Pues nada.*

X2: *O sea que las expectativas tampoco son buenas.*

X5: *Tocamos fondo y aún seguimos cavando, como dijo aquél, ¿no?.*

Grupo de 10 a 20 años de experiencia

X7:(...) *A mí mi familia aún me pregunta ¿aparte de inyecciones? ¿si no pones inyecciones que haces? (Ríen) ¿Aún estamos así? Pero es así, quiero decir, la realidad es esta. Cuando les explico mi trabajo a veces no tienen ni idea. Imagínate si esto es mi familia, qué será a nivel social.*

X1: *Yo creo que estamos en un momento de cambio, de todas formas.*

X6: *(Ríe) ¿Tú crees?*

X1: *Yo siento... (risas) Vamos a ver. Creo que nuestra empresa está como está ahora mismo, estamos donde estamos, la realidad es la que es, pero nosotros como enfermeros la mayoría tiene la sensación de un momento de cambio y las cosas van cambiando.*

X6: *Dicen que nos descontaran las dos horas.*

X3: *Ya verás, las dos horas que hemos venido aquí. (Todos ríen)*

X1: *No seas malo. Pero sí creo que estamos al menos en un momento de cambio en cuanto a percepción de nuestra profesión. El problema es que esto es teoría todavía, es un sentir, pero de esto a que se pueda llevar a la práctica tiene que pasar mucho. Yo no creo que lo vea. (Risas) ... y me da mucha pena porque he luchado 2 años que estoy en primaria, soy de primaria pura y dura, he luchado para ver cambios. He visto cosas pero de todas maneras yo en eso soy un poco pesimista, eh. Un poco es mi sensación, soy pesimista, al menos en lo que me queda a mí de práctica, de vida activa, eh, laboral pienso que es el futuro, pero creo que la remesa de todas nosotras, de alguna manera tendrá que salir para entrar otra*

X5: *Ojalá los grados introduzcan un cambio. Porque, los diplomados también iban a introducir un cambio, ¿y qué pasa? Que cuando salen, en seguida, ¿qué hacen? Mimetizan con lo que hay. Y estamos viéndolo con los alumnos que tienen veinte años.*

Muchos: *Sí, sí, sí.*

X5: *Al año de trabajar hacen exactamente lo mismo que el que tienen delante. Y tú dices, no puede ser, no puede ser. ¿Por qué?*

X1: *Porque somos los modelos, nosotros somos los modelos.*

Grupo de más de 20 años de experiencia en AP

4.5.6. Agotamiento

Expresiones de cansancio y desencanto profesional.

X1: *Nuestra gerencia es la que nos tiene que vender, nuestra dirección de enfermería. Yo me vendo todos los días pero estoy agotada de venderme.*

X5: *Ya, ya, ya. (Ríen todos).*

Grupo de más de 20 años de experiencia en AP

4.5.7. Decepción con la informatización

Expresiones de desencanto respecto a las expectativas depositadas en la informatización del sistema sanitario.

X8: *...en formato digital ¿no? Y yo me creía que cuando pasásemos a lo digital, a los ordenadores, yo podría ver que estoy haciendo. Pues al contrario, es más difícil de ver. (Ríen) No tengo acceso a la información, solamente a una información que me llega de números que no entiendo.*

Grupo de más de 20 años de experiencia en AP

X1: *Es que por ejemplo, yo pienso que los sistemas informáticos que tenemos para trabajar también tienen deficiencias, ¿no?. Por ejemplo si tú ahora quieres hacer una investigación de una úlcera, si se ha generado en atención primaria o viene de otro sitio no tienes un sitio donde ponerlo...¿me entiendes?*

Grupo de más de 20 años de experiencia provenientes de AH

4.6. Futuro de la Enfermería Basada en la Evidencia

Por último, las enfermeras en algunos de los grupos mencionaron algunas circunstancias que desde su punto de vista podrían mejorar la Enfermería Basada en la Evidencia (Figura 8). Curiosamente estas esperanzas en el futuro tan sólo surgieron en dos de los cinco grupos: el de enfermeras con más de 20 años de experiencia en AP y el de 10-20 años.

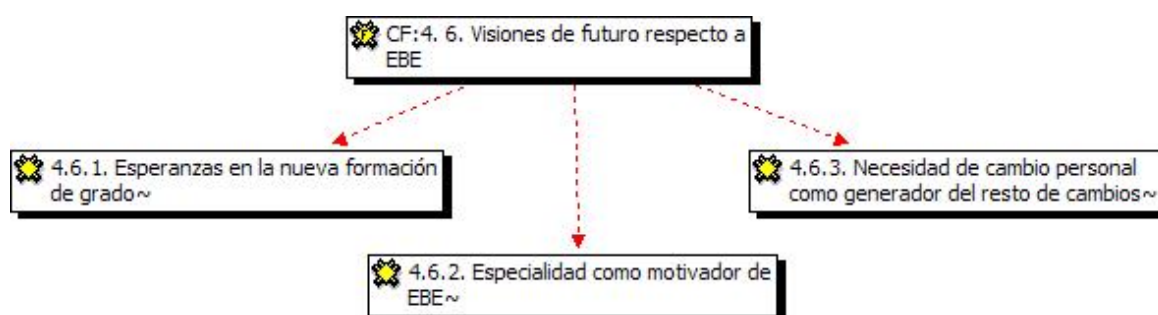


Figura 8. Familia “Visiones de futuro respecto a la EBE”

4.6.1. Esperanzas en la nueva formación de grado

Confianza en que los futuros graduados y estarán más formados en EBE.

X4: Si en tus estudios de grado ya te forman en evidencia creo que será mucho más fácil que las siguientes generaciones lo puedan incorporar en la práctica clínica.

X7: Nosotros hemos tenido que ser unos promotores de los cambios, pero los que vienen detrás son los que realmente les toca. Hace treinta años se hizo un gran cambio y ahora está, se está viviendo otro gran cambio

X1: Nosotros fuimos la ilusión de ese primer cambio, sí.

X7: Otro gran cambio. Ya se hizo hace treinta, más o menos treinta años uno grande y ahora...

X1: (...)pero creo que la remesa de todas nosotras tendrá que salir para entrar otra, no sé si será al final mucho mejor que nosotros pero por lo menos está más unificada de lo que hemos estado nosotras y de base ya conocen lo que es la evidencia científica desde el principio, se habla de

ello, eh, con el nuevo plan, el plan Bolonia. Se les introduce lo que es el proceso de investigación desde el principio. Es algo que nosotros no tuvimos y que hemos tenido que aprender después. Y creo que esto llegará pero ahora es difícil porque los propios directivos tienen que tenerlo muy claro a la hora de organizarnos y que en los centros de salud haya un lugar y un espacio. La formación mucho más rigurosa, a este nivel.

Grupo de más de 20 años de experiencia en AP

4.6.2. Especialidad como motivador de EBE

Expresiones de confianza en la nueva especialidad de enfermería familiar y comunitaria como motor de implementación de la PBE.

X7: Esto es lo del cambio que decía ella, que tienen que salir las especialidades que hacía desde el ochenta que tenían que salir y no habían salido.

X1: Claro. Pero creo que en Palma no va haber de momento la formación y demás, creo que hay que hacerla fuera, por lo que sé, ¿no? Por lo poco que sé yo.

Grupo de más de 20 años de experiencia en AP

4.6.3. Cambio personal como generador del resto de cambios

Expresión de la creencia de que es necesario un cambio de actitud personal concreta para generar cambios en el entorno.

X1: Y primero tenemos que cambiar nosotros y después tenemos que educar a los profesionales de al lado y después educar a la gente. (Ríe).

Grupo de 10 a 20 años de experiencia

X2: (...)Yo tengo la grata experiencia de tener un responsable de enfermería que teniendo un equipo muy variado y muy, muy distinto en este sentido pues pretende lograr un equilibrio. Evidentemente no lo conseguimos cada día a tope pero muchas veces sí, entonces...además creo que es esto, que la disposición individual es difícilísima de cambiar. Está ahí, no la

vamos a cambiar, será con el relevo este que decimos de las nuevas generaciones y seguro que en las nuevas generaciones también va a haber disposiciones distintas.

Grupo de más de 20 años de experiencia

CAPÍTULO 5. DISCUSIÓN

Algunas consideraciones generales

El porcentaje de participación de la población en la fase cuantitativa de nuestro estudio es superior al que presentan otros estudios similares que registran porcentajes del 40% (Koehn & Lehman 2008) o incluso inferiores (Gerrish et al., 2011). Sin embargo, son muy similares en cuanto a proporción de hombres y mujeres y a la media de edad de las enfermeras encuestadas (más de 40 años). En cuanto a la media de años de experiencia profesional, en nuestro estudio es similar al realizado por Gerrish et al. (2011) en Inglaterra, pero en general, superior a la de otros trabajos similares llevados a cabo en Estados Unidos, donde la media de años trabajados es de 10 años (Koehn & Lehman, 2008; Meraviglia et al., 2009; Gerrish et al., 2011). Con respecto al nivel académico resulta difícil la comparación con otras muestras de enfermeras ya que tanto en Inglaterra como en Estados Unidos y Canadá, donde han sido llevados a cabo la mayoría de estudios, las enfermeras tienen reconocidos, desde hace años, distintos niveles de especialidad y la posibilidad de acceso a doctorado.

En cuanto al desarrollo de los grupos de discusión, podemos afirmar que, en líneas generales, el clima fue distendido y de complicidad. En casi todas las cuestiones se llegaba a un acuerdo global tras un debate constructivo. Prácticamente todos los componentes de los grupos agradecieron el haber participado en la investigación ya que, según decían, se les brindó la oportunidad de hablar acerca de la problemática de su quehacer diario y de establecer un mayor contacto entre ellos. Probablemente esto es debido a la inevitable dispersión física de las enfermeras de AP en distintos CS, lo que hace que tengan pocas ocasiones de encontrarse. También hay que decir que dado el pequeño tamaño de la población de enfermeras de AP en Mallorca y los movimientos de personal de los últimos años, muchas de ellas se conocían previamente lo cual, si bien podía representar cierto sesgo, facilitó el clima distendido y de confianza en los grupos.

Creemos importante destacar la congruencia absoluta entre los resultados de los cuestionarios EBPQ y PES-NWI y el discurso de las enfermeras de AP en los distintos grupos de discusión. A nivel general, cabe resaltar que uno de los factores más

diferenciadores entre los grupos viene determinado por el tiempo que los participantes llevan trabajando en AP, ya que parece condicionar de manera importante el discurso que presentan. Algunos autores, al diseñar planes de promoción e implantación de PBE, han puesto de manifiesto la necesidad de tener en cuenta, entre otros factores, la antigüedad de las enfermeras, ya que ésta influye en sus conocimientos y en su concepto de lo que es la PBE (Gerrish, Ashworth, Lacey & Bailey, 2008; Carljford & Festin, 2014). Así, aquellas personas que llevan más tiempo trabajando en AP suelen presentar un discurso bastante diferenciado de las que han empezado en AP más recientemente en aspectos como la definición y concepto de lo que es la EBE o la labor de la enfermera comunitaria tanto a nivel individual como en lo que respecta al trabajo en equipo. Esta diferencia clara en el discurso respalda la decisión de realizar la segmentación inicial por años trabajados. Por otra parte, el tiempo que llevan trabajando en AP está íntimamente ligado a la modalidad laboral en la que están contratados (fijo, interino o temporal) lo que también hace que su discurso respecto a la autonomía, la aplicación de nueva evidencia y la realización de investigación varíe (Wallin, Gustavsson, Ehrenberg, & Rudman, 2012).

5.1. Conceptualización de la evidencia

En los resultados del cuestionario EBPQ, que consiste en una autovaloración de los conocimientos y actitudes personales hacia la PBE, vemos que, en cuanto a la utilización de la PBE en la práctica diaria, relacionada con la experiencia profesional, el grupo que más puntuación obtiene es el formado por las enfermeras que tienen entre 10 y 20 años de experiencia profesional. Este resultado puede parecer discordante con el factor conocimientos y habilidades, en el que el tramo de experiencia profesional que mayor puntuación alcanza es el de 0 a 2 años.

Atendiendo a este resultado, y para centrar la discusión en el tema, al iniciar los grupos de discusión se planteó a los participantes que definieran la PBE en sus propias palabras. El grupo de enfermeras con más de veinte años de experiencia pero que provenían de hospital, fue el que peor delimitó el concepto, en el resto, la definición estuvo más clara y se llegó a un consenso de manera rápida. Parece que

el hecho de tener un recorrido profesional preferentemente en el ámbito de AP podría crear un discurso más consensuado y más preciso respecto a lo que se entiende por EBE.

Esta falta de claridad en el concepto de PBE por parte del grupo con más de 20 años de experiencia profesional provenientes de hospital, tiene una difícil explicación aunque se podría achacar por un lado, a una menor formación de postgrado de este grupo, ya que sólo 4 de sus 9 componentes habían cursado un master, postgrado u otra licenciatura, y por otra parte, a su formación no universitaria, ya que, por su antigüedad, todos ellos habían cursado en origen su formación como ATS (Ayudante Técnico Sanitario) convalidando después su titulación a DUE (Diplomado Universitario en Enfermería) a través de un curso de nivelación (Hernández-Yáñez, 2010; Miró, Gastaldo, Nelson, & Gallego 2012). De todas formas, aunque les costara tanto definir el concepto de PBE a lo largo del discurso, este grupo sí que centra bien el tema, lo que podría parecer incongruente, tal vez saben cómo quieren y deben trabajar pero no saben definirlo debido a su formación de base, más antigua, y a la falta de reciclaje que se desprende de sus datos sociodemográficos (Tabla 8).

Otro elemento que llama la atención a este respecto es que en el grupo de los más jóvenes, enfermeras con una experiencia entre 0 y 10 años en AP, se define el concepto de forma aceptable pero algo confusa, cuando éstos son los que tienen sus estudios universitarios más recientes, habiendo recibido formación acerca del concepto y aplicación de PBE. Además en el EBPQ las enfermeras con menos experiencia profesional (menos de 2 años) se consideraron más competentes profesionalmente para desarrollar una PBE. El hecho de que tengan una mejor disposición y se sientan más capaces de generar evidencia podría deberse a su reciente experiencia universitaria. Diversos estudios han demostrado que la formación en PBE durante la carrera universitaria enfermera influirá positivamente en la utilización de la misma a lo largo de la vida profesional (Dawes et al., 2005; Melnyk, Fineout-Overholt, Feinstein, Sadler & Green-Hernández, 2008; Rudman, Gustavsson, Ehrenberg, Bostrom & Wallin, 2012; Kim et al., 2013). Parecería lógico pues considerar la cercanía de la formación universitaria como un determinante de una actitud favorable hacia el manejo y aplicación de una PBE. Sin embargo, diversas in-

investigaciones han hallado que la cultura y el ambiente de trabajo reinante pueden absorber a las enfermeras jóvenes de tal modo que no se sientan autónomas para aplicar sus conocimientos (Gerrish et al., 2008; Wallin et al., 2012). En un estudio publicado recientemente en Suecia en el que se siguió una cohorte de 1.501 enfermeras provenientes de 26 universidades del país, se comprobó la continuidad en la utilización de PBE tras cinco años de incorporación al trabajo considerando la formación universitaria pregrado en PBE, como uno de los principales factores influyentes en su utilización (Forsman, Rudman, Gustavsson, Ehrenberg & Wallin, 2012; Rudman et al., 2012). En este mismo estudio se concluyó que las enfermeras noveles no se sentían con suficiente autonomía para aplicar sus conocimientos sobre PBE hasta que no llevaban dos años trabajando ya que durante este lapso de tiempo parecían mimetizarse con el ambiente laboral y no utilizaban la investigación. No obstante, tras esos dos primeros años de adaptación, volvían a retomar el uso de investigación en su trabajo de forma que al reevaluar a los cinco años había aumentado la utilización de PBE (Wallin et al., 2012). Los investigadores de este estudio consideran que, a la luz de sus resultados, y a fin de mejorar la PBE de los enfermeros recién graduados, son importantes tanto la contribución de la educación universitaria como las condiciones del contexto en la vida laboral (Rudman et al., 2012).

Maben et al. (2007) también realizaron un estudio que examinó las experiencias de enfermeras británicas recién tituladas y su capacidad y posibilidad de aplicar sus ideales y valores en la práctica de la enfermería moderna a través de entrevistas en profundidad con preguntas abiertas. En los resultados emergieron un conjunto coherente y fuerte de los ideales propugnados en su formación académica sobre una atención enfermera de alta calidad, centrada en el paciente, integral y basada en la evidencia. Una vez en la práctica, la existencia de limitaciones profesionales y organizacionales influía de tal modo en su capacidad para aplicar estos ideales y valores, que tras dos años de experiencia profesional, la mayoría experimentaba un cierto nivel de *burnout*, que conllevaba la desilusión y en algunos casos provocaba la decisión de abandonar la profesión debido a la frustración de dichos ideales (Maben, Latter & Clark, 2007).

En la fase cualitativa de nuestro estudio las enfermeras más jóvenes no tienen el concepto de PBE tan claro como cabría esperar atendiendo a los resultados del EBPQ, aunque hay que tener en cuenta que la segmentación por años trabajados no fue igual en la fase cuantitativa (de 0 a 2 años trabajados) que en la fase cualitativa (de 0 a 10 años trabajados), por razones ya explicadas en el apartado de metodología. Es posible que en este punto influya el hecho de que, a pesar de haber trabajado entre 0 y 10 años, no tienen un puesto fijo o trabajan en urgencias de forma puntual, lo que no les da seguridad para aplicar sus conocimientos. La precariedad en el trabajo se entiende como la situación de vulnerabilidad que tienen las personas como consecuencia de un acceso inseguro e inestable en el trabajo (Girbau-Garcia, Galimany-Masclans, & Garrido-Aguilar, 2012). Dadas las conclusiones de los estudios anteriormente mencionados podría ser que si se dilata en el tiempo el periodo en que no se tiene un destino de trabajo fijo se perdiera el hábito de búsqueda de EBE y lo que se aprendió durante la formación. Creemos que debido a la precariedad laboral de los últimos años podemos estar perdiendo las aportaciones de enfermeras que, por su formación más cercana en el tiempo y su juventud, podrían contribuir de una forma importante al desarrollo y a la aplicación de PBE.

Precisamente en el NWI el factor “Adecuación de la plantilla total” obtiene el 55% de la puntuación máxima, si bien comparado con el resto de factores es el que se valora más bajo. La ratio de enfermeras en España está por debajo de la europea (Consejo General de Enfermería, 2007, Hernández-Yáñez, 2010). La escasez de enfermeras crea un bucle de insatisfacción laboral por exceso de trabajo que redundaría en una peor calidad de los cuidados impartidos y es una importante barrera a la hora de implementar la PBE (Middleton, Griffiths, Fernandez & Smith 2008; Meraviglia et al., 2009). En estudios realizados en el entorno español de AP se resalta la necesidad de formación y de adecuación de plantillas haciendo énfasis en el desajuste que se da entre la plantilla de enfermeras y la de médicos de familia ya que, en numerosas ocasiones, se aumenta la plantilla de médicos pero no la de enfermeras lo que obliga a buscar soluciones organizativas como que una misma enfermera lleve dos cupos médicos. Además se hace referencia a un mal funcionamiento del sistema sanitario que crea nuevas cargas y responsabilidades para AP sin dotar de los medios paralelos para ejercerlas creando malas relaciones entre

los profesionales al aumentar el estrés (Conde 2003a; 2003b; Hernández-Yáñez, 2013).

A pesar de iniciar los grupos con la solicitud de precisar el concepto de PBE de forma intencionada, en múltiples ocasiones, ésta se confunde con actividades que forman parte del trabajo diario como actividades de educación y promoción de la salud en la comunidad o se utiliza la palabra “evidencia” de forma ambigua y confusa, por ejemplo como sinónimo de experiencia o intuición. Parte de este problema puede venir dado por la confusión que en nuestro idioma favorece la palabra “evidencia” cuya traducción desde el inglés ha sido desafortunada por varios motivos ya explicados en el capítulo 2 de esta tesis. Dentro del contexto de la PBE, el término evidencia se emplea para referirse a la evidencia científica o a la evidencia aportada por la investigación. Así, evidencia en su significado inglés, es algo que se comprueba, demuestra o verifica; la certeza la proporcionan las pruebas científicas obtenidas a través de la investigación realizada sobre la base de criterios metodológicos rigurosos mientras que, en castellano, la palabra evidencia se aplica a algo tan obvio que no necesita probarse (Gálvez-Toro, 2007).

Estas alusiones equivocadas a la PBE no son referencias con connotaciones negativas sino más bien al contrario, parecen interesados en trabajar con evidencia pero no tienen interiorizado el concepto, ya que, aunque la definen bien, en su discurso se hacen patentes confusiones de distintos tipos.

En cuanto a la construcción de la evidencia, en todos los grupos se llegó rápida y consensuadamente a la conclusión de que se lleva a cabo a través de la investigación. A continuación se les pidió para concretar el concepto que propusieran temas sobre los que les gustaría investigar para disponer de evidencia a fin de mejorar su práctica diaria. En todos los grupos se delimitaron con facilidad temas concretos sobre los cuales los participantes estarían interesados en hacer investigación.

En este aspecto llama la atención que el grupo de enfermeras con más de 20 años de experiencia profesional provenientes del hospital emite continuas referencias a lo largo de su discurso al trabajo en el ámbito hospitalario, en vez del de AP. De hecho, hay momentos en que si sólo nos fijamos en su discurso ignorando su ámbi-

to actual de trabajo, podríamos llegar a la conclusión de que aún ejercen en el hospital. Parece lógico que con un recorrido profesional de más de veinte años trabajados en hospital todas las referencias a vivencias profesionales y a lo aprendido sean en ese ámbito y no en el de AP. El hospital y AP son entornos de trabajo tan distintos que adaptarse a las tareas de AP, sin reciclaje ni preparación previa, les ha supuesto un esfuerzo muy importante que incluso puede haber constituido una vivencia traumática. A su falta de experiencia en el medio de AP se suma el hecho de que muchas de las enfermeras que se incorporaron desde el hospital en estos últimos años han tenido que aprender el manejo informático. En contraposición, las enfermeras más jóvenes están muy habituadas al manejo de la informática para estudiar y trabajar, por lo que este punto no les supone un esfuerzo añadido.

Estas mismas circunstancias podrían explicar los resultados del EBPQ en nuestro estudio en el que el grupo que obtiene mayor puntuación en el uso de una PBE en la práctica diaria es el de enfermeras de 10 a 20 años de experiencia. Este resultado no concuerda con los resultados de otros estudios en los que se ha aplicado el EBPQ, donde a más años de experiencia, la enfermeras obtienen una puntuación más alta en el factor de “Práctica diaria” (Koehn & Lehman, 2008) o no se observan diferencias significativas con respecto a los años de experiencia profesional (Brown et al., 2008). Parece que, en nuestro entorno, existe un sentimiento de pérdida de competencia con respecto al uso de PBE, asociada al aumento de años de ejercicio profesional.

En el discurso de estas enfermeras con más de 20 años de experiencia profesional provenientes del hospital se detecta cierta añoranza del hospital, un entorno en el que han crecido profesionalmente y que tenían controlado. Es obvio que el trabajar en un medio que no se controla y en el que no se sienten cómodas puede acabar redundando en una deficiente calidad de los cuidados al paciente y en un mal ambiente de trabajo, cuando el clima laboral se ha definido por muchos autores como determinante para la utilización o no de PBE (Sitzia 2002; Shirey 2006; Kramer & Schmalenberg, 2008; Middleton et al. 2008; Kramer & Schmalenberg 2008^a; Brown et al., 2009; Aitken et al., 2010; Brown et al., 2010; Calarco 2010). Además el bienestar físico y emocional de las enfermeras afecta a la larga al paciente y a la calidad de los cuidados que recibe. Por contra, el estrés mantenido puede desestabili-

zar afectando a la concentración, alterando la atención, la productividad y el comportamiento siendo más proclives a cometer errores (Levin, Fineout-Overholt, Melnyk, Barnes & Vetter 2011; Sergeant & Laws-Chapman 2012).

Precisamente en esta línea trabajó el estudio europeo *“Nurse Forecasting: Human Resources Planning in Nursing”* (en España “Relación entre la seguridad del paciente, la provisión y formación de las enfermeras y las características organizacionales de los hospitales del Sistema Nacional de Salud: RN4CAST-ESPAÑA”). En 2012 Aiken et al. (2012) publicaron un estudio cuyo objetivo principal fue ampliar el estudio RN4CAST a fin de determinar cómo la mejora de los entornos de trabajo del personal de enfermería en los hospitales con una buena organización de atención, repercute en la atención al paciente y en la estabilidad laboral de las enfermeras en los países participantes. En este estudio participaron enfermeras de 488 hospitales de doce países europeos y de 617 de EEUU y pacientes de 210 hospitales europeos y 430 en EEUU. Este macroestudio concluye que, en general, las deficiencias en la calidad de la atención hospitalaria son comunes en todos los países y que la mejora de los entornos de trabajo del hospital podría ser una estrategia de relativamente bajo costo para mejorar la seguridad y calidad en la atención hospitalaria. El estudio RN4CAST parte de la base de que el ambiente de trabajo en enfermería influye de forma definitiva en la calidad del trabajo y por tanto en la seguridad del paciente (Aiken, Sloane, Bruyneel, Van den Heede & Sermeus, 2013). En 2014 dos nuevas publicaciones fruto de este estudio, ponen de manifiesto el riesgo que supone para los pacientes los recortes en el personal de enfermería en virtud de las medidas de austeridad que han tomado en muchos países europeos asegurando además que una formación adecuada redundaría en mejor prevención de complicaciones en los pacientes (Aiken et al. 2014; Ausserhofer et al., 2014).

En el documento de la Comisión Nacional de Expertos de la Asociación Canadiense de Enfermeras (*CNA's National Experts Commission, NEC*) titulado *“Better Care”* se aconseja que las enfermeras de AP estén cualificadas como Enfermera de Práctica Avanzada (EPA) o especialmente entrenadas (lo que equivaldría a una especialidad) por la complejidad de su ámbito, ya que lidia a diario con el entorno, un paciente crónico o sano al que educar, un equipo multidisciplinar y una comunidad (Birch & Thabane 2012). Por otra parte, en el informe de la OMS sobre la AP de

2008 también se hace alusión a que las enfermeras de AP deberían tener una preparación especial precisamente por la complejidad del entorno en el que trabaja (WHO, 2008). En nuestro medio no se puede admitir que la única razón para decidir trabajar en AP sea un horario mejor y menos estresante permitiendo incorporaciones al trabajo en AP sin un reciclaje ni una formación previa que pueden provocar, como ya hemos visto, entornos laborales hostiles disminuyendo la calidad de la atención de la enfermería comunitaria. La definición de las especialidades de enfermería, el desarrollo de la EPA y la descripción de los puestos trabajo que les corresponden, podrían paliar, en parte, este problema (Galao-Malo, 2009; Samitier, 2010; Hernández-Yáñez, 2011; Ortún, 2013).

Por otro lado, estas enfermeras experimentadas con un recorrido profesional preferentemente hospitalario, cuentan con una experiencia y un bagaje profesional que no debe desperdiciarse sino que debe ser aprovechado tanto por la organización como por los pacientes y por las enfermeras más jóvenes. En un estudio realizado en los Estados Unidos con enfermeras de Atención Domiciliaria, preocupa la pérdida de las enfermeras mayores que tienen más experiencia y se muestran más expertas en la realización de su trabajo, llegando a desarrollar estrategias para retenerlas adaptando su puesto y facilitando que puedan transmitir sus conocimientos a las enfermeras más jóvenes (Grissom, 2009). En Inglaterra también preocupa el hecho de que un tercio de sus enfermeras de AP tengan más de 50 años, ya que esto supone que al retirarse perderán buenas enfermeras con una amplia experiencia (Drennan, Andrews, Sidhu & Peacock, 2006; Storey, Ford, Cheater, Hurst, & Leese, 2007). Sin embargo, en nuestro medio, como ya hemos dicho, muchas de las enfermeras se han incorporado a AP ya mayores y la ausencia de reciclaje y de una incentivación real a la formación continuada pueden haber provocado este sentimiento de pérdida de competencias con la edad tanto en AP como en el ámbito hospitalario.

El hecho de que todas las enfermeras pudieran delimitar con relativa facilidad la pregunta de investigación y algún tema de su interés, pone de manifiesto que, en todos los grupos, las enfermeras tienen inquietudes por investigar y son capaces de trasladar a preguntas de investigación su trabajo diario. Esta actitud positiva hacia la PBE debería alentarnos, ya que la motivación es uno de los factores princi-

pales para el buen rendimiento y su implementación en un equipo (Sitzia, 2002) y la disposición a rectificar y aprender que demuestran en su discurso resulta vital para conseguir un cambio (Calarco, 2010). En este sentido, en una reciente revisión Squires et al. (2011) concluyen que en todos los estudios examinados, la actitud de las enfermeras hacia la investigación es una de las características individuales relacionadas positivamente con el uso de la investigación en el trabajo, siendo importantes también la realización de sesiones clínicas en el puesto de trabajo, tener una titulación superior, una carrera profesional, una especialidad clínica y satisfacción en el trabajo.

Sin embargo, a la luz de la bibliografía revisada, parece más fácil adherirse a la idea teórica de una PBE que su utilización en la práctica (Van Achterberg, Schoonhoven, & Grol, 2008; Berland et al., 2012). De hecho, cuando se les pregunta a las enfermeras cuáles son sus fuentes habituales de evidencia al tener que resolver dudas en su práctica profesional su principal recurso es consultar con el compañero con el que se está trabajando, recurso que surgió como primera opción y la más habitual en cuatro de los cinco grupos. Este hecho coincide con los estudios realizados a nivel internacional entre enfermeras de AP (McCaughan et al., 2005; Thompson et al., 2005; Bostrom, Wallin & Nordstrom, 2007; Profetto-McGrath et al., 2007; Bostrom et al., 2008; Bostrom et al., 2009a) y hospital (Gerrish et al., 2008; Aitken et al., 2010).

En España no hemos encontrado estudios que investiguen este aspecto realizados entre enfermeras de AP pero sí que existen dos trabajos recientes realizados con metodología cualitativa en España en el contexto de AP sobre actitudes y aplicación de MBE entre MF (Sánchez-López et al., 2010; Calderón et al., 2011). Creo oportuno analizar estos estudios y referenciarlos a lo largo de esta discusión aunque estén realizados entre MF y no entre enfermeras. El trabajo en equipo aparece determinado como la base de los modelos organizativos en la prestación de servicios de Atención Primaria desde 1984, cuando comenzó a tratarse la reforma del anterior sistema de salud (García-Millán et al., 2012). El contexto de AP es el mismo entre enfermeras y médicos ya que en AP se trabaja en equipo, al menos en teoría, y la relación médico-enfermera suele ser muy cercana, buena prueba de ello es la similitud de resultados al analizar las opiniones y actitudes de ambos gre-

mios: MF y enfermeras de AP. La investigación realizada por Sánchez-López et al. (2010) fue llevada a cabo en Murcia utilizando dos grupos focales con MF segmentándolos por sus conocimientos sobre MBE (se habían impartido varios cursos acerca de MBE en su contexto), curiosamente el primer recurso al que recurren en caso de dudas clínicas es, como en nuestro caso, el de consultar al compañero. Los resultados son muy similares a los de nuestro estudio no sólo en el aspecto de sus fuentes de consulta sino en todos los aspectos ya que, aunque tienen una actitud positiva ante la MBE, reconocen que la utilizan poco principalmente por falta de tiempo debido a la presión asistencial y proponen mayor formación, incentivación de una adecuada praxis y reorganizar la labor asistencial.

Con el objetivo de explorar las fuentes de los conocimientos utilizados en su práctica clínica por las enfermeras de AP, Berland et al. (2012), en Noruega, realizaron un estudio cualitativo con grupos focales. Como principales resultados destacan que la mayoría de participantes basaba sus decisiones clínicas en su experiencia personal y la consulta con sus compañeras de trabajo, pero rara vez recurrían a la investigación.

Una de las variantes de “preguntar al compañero” que emergió en nuestro estudio, fue la de preguntar a un compañero que ellos consideraban como experto en el tema sobre el cual les surgía la duda, aunque dicha expertía no viniera avalada por ningún título especial. Esto coincide con otras observaciones en las que se encontró que las enfermeras para resolver sus dudas recurrían a sus propias experiencias previas y a la consulta con compañeros más experimentados (Estabrooks, Chong, Brigidear & Profetto-McGrath, 2005; Spenceley, O'Leary, Chizawsky, Ross, & Estabrooks, 2008). El único grupo que no habló de este factor fue el de 0 a 10 años de actividad laboral, lo cual podría indicar que no se venera tanto la experiencia profesional como la preparación más científica, es decir, consideran más fiable una búsqueda en *Internet* que un compañero experto. También podría indicar algo de lo que las enfermeras más jóvenes se quejan y es del poco contacto que tienen con el equipo permanente de trabajo de los CS, al haber quedado relegados a sustituciones y guardias de urgencias con contratos intermitentes en los que no hay demasiados colegas a los que consultar (Casanovas et al., 2006; Girbau-Garcia et al., 2012).

Otro de los recursos más consultados cuando se les plantea una duda en su trabajo son las GPC y los protocolos. Respecto a las guías y protocolos editados por AP de Mallorca o por el *Servei de Salut de les Illes Balears* hay que resaltar que, mientras en el grupo de coordinadoras y en el de enfermeras con más de 20 años de experiencia en AP, se consideró que eran útiles y que estaban basados en la evidencia, en el grupo de enfermeras con más de veinte años de experiencia provenientes de hospital, se puntualizó que los utilizan pero que, a menudo, recurren a los de otras comunidades autónomas asegurando que están más actualizados. En el estudio de Sancho-Viudes et al. (2002), en el que, mediante una investigación cualitativa a través de grupos focales, se pretendía hacer un análisis de la situación de AP en Mallorca y plantear propuestas para solucionar los problemas identificados, ya salían a relucir problemas que más de una década después, siguen vigentes, tales como la necesidad de la actualización de las guías clínicas y protocolos, la falta de adecuación de plantillas a la población atendida, la falta de formación específica de enfermería comunitaria y la consecuente necesidad de una especialidad en enfermería comunitaria, entre otros.

Los grupos de 10 a 20 años y el de 0 a 10 años de experiencia, no mencionaron utilizar GPC y protocolos como fuente de evidencia en caso de duda, sino que nombraron recursos disponibles en *Internet* tales como *Google*, bases de datos, revistas de enfermería *online* y la *web* de *Fisterra*. Así, podemos ver una diferencia, que posiblemente es generacional, entre los grupos de enfermeras más jóvenes que se decantan más por la información a través de *Internet* frente a los grupos de enfermeras con más experiencia en la profesión que tienden a la búsqueda de evidencia a través de GPC. Pese a que, puntualmente, las enfermeras más experimentadas también nombraron la búsqueda a través de *Internet* estas referencias iban acompañadas de risas con cierto sarcasmo, como si no lo manejaran bien. De hecho se hicieron muy pocas referencias al uso de bases de datos para buscar literatura científica en la que basar sus decisiones. Nombraron bases y páginas como CINAHAL, *Medline*, *Index de enfermería*, *el Instituto Joanna Briggs* o *Fisterra* pero en ningún caso lo hicieron con seguridad sino dando a entender que lo intentan pero sin que llegue a ser efectivo. Por otra parte, respecto al uso de estas bases, refieren problemas como manejo deficiente de la tecnología, del inglés, falta de tiempo, etc.

Aunque está demostrado que el uso de la informática puede resultar muy útil para la PBE (Hart et al., 2008; Harper, 2011; Doran et al., 2012) sería interesante en futuros estudios explorar si la enfermeras de AP conocen realmente los recursos que tienen a su alcance para buscar e implementar PBE y saben usarlos: acceso libre a bases de datos bibliográficas, bibliotecas virtuales de salud (*Bibliosalut*), manejo del acceso privilegiado a un PC (búsquedas por Internet) y hasta qué punto consideran útil el uso de la informática para proveer de cuidados de calidad al paciente. A nivel internacional, diversos estudios han encontrado una falta de familiaridad con las fuentes de evidencia disponibles y dificultades en la utilización de las nuevas tecnologías (Squires et al., 2007; Thompson, Estabrooks, Scott-Findlay, Moore, & Wallin, 2007; Goetz et al., 2008; Wallin 2009; Goetz, Kuzel, Feng, DeShazo & Love, 2012; Gottlieb et al., 2012). Incluso en el estudio antes referenciado entre MF, realizado en España, sorprende la preferencia por la consulta de libros de texto por encima de revistas especializadas, guías de práctica clínica o *internet*, a pesar de conocer sus limitaciones en la resolución de problemas concretos (Sánchez-López et al., 2010; Galimany-Masclans, Roca-Roger & Girbau-García, 2012).

Las investigaciones citadas concuerdan en la utilidad de las nuevas tecnologías pero insisten en la necesidad de formación continuada del personal en su uso para sacarle el máximo partido (Greenhalgh, Hinder, Stramer, Bratan & Russell, 2010; Goetz et al., 2012; McBride, Delaney, & Tietze 2012). Un estudio realizado por Moorer et al. (2010) validó la introducción de un factor en el NWI con el fin de valorar el uso de las tecnologías informáticas por las enfermeras ante la sospecha de que no se utilizan siempre los recursos informáticos de la forma adecuada y ante la evidencia de que su correcta utilización requiere un aprendizaje y adiestramiento continuo.

En casos aislados y poco respaldados por el resto del grupo, algunas enfermeras nombraron como fuente de consulta sobre evidencia al proveedor del producto, por lo que entendemos que la mayoría opina que ésta no es una buena fuente de evidencia y conocen los intereses comerciales que muchas veces, poco o nada tienen que ver con los cuidados de calidad. En este aspecto estudios realizados entre médicos de familia refieren ciertas reticencias a utilizar GPC ya que piensan que incluso éstas, aún estando parcialmente basadas en la evidencia cuando no en gru-

pos de “expertos”, están muy influenciadas por la industria farmacéutica (Carlson & Plonczynski 2008; Calderón et al., 2011; Sola et al., 2014).

En lo referente a la manera en la que se comparte el conocimiento de nueva evidencia entre los miembros del equipo de enfermería, todos los grupos coinciden en el hecho de que en AP cuentan con un espacio formal dentro de su jornada laboral en el que realizar sesiones docentes para compartir experiencias y actualizar los nuevos conocimientos adquiridos.

Llama la atención el hecho de que prefieran las sesiones docentes preparadas por ellas mismas que las impartidas por un experto ajeno al entorno de su CS. Esta preferencia podría deberse a que en todos los grupos se expresó cierto escepticismo ante la PBE al considerarla teórica y lejos de la realidad. Entendemos esta opinión como una visión crítica y razonable, ya que se plantea la necesidad de una adaptación al entorno, al paciente, a la comunidad, a los recursos disponibles, a las características del profesional que realiza el trabajo, etc. que se corresponde con una visión holística del cuidado (Calderón et al., 2011; Birch & Thabane, 2012). Parece que la situación ideal sería complementar el juicio clínico de la enfermera con su experiencia previa y la mejor evidencia disponible, sólo así se pueden impartir cuidados de calidad. (McCaughan et al., 2005; Calderón et al., 2011).

En la literatura revisada se afirma que la realización de sesiones clínicas en el puesto de trabajo es uno de los factores relacionados positivamente con el uso de investigación en la práctica diaria (Squires et al., 2011). Pese al consenso en la existencia de esta clase de espacios, en todos los grupos se admite que también se produce una transmisión de conocimientos en momentos informales de la jornada laboral, lo que indica su interés por una buena práctica clínica, y coincide con otros estudios en que las enfermeras consideran que el acuerdo entre colegas en cuestiones prácticas que no están claras es útil aunque éste se lleve a cabo en momentos informales de la jornada (Berland et al., 2012).

Sólo en el grupo de enfermeras con más de 20 años de experiencia en AP se mencionaron nuevas experiencias a través de *Internet* y espacios virtuales no para realizar búsquedas sino para compartir conocimientos y experiencias, tema que no

surgió en ninguno de los otros grupos. En otros entornos también se pone de manifiesto una mayor disposición a la innovación y el uso de diversas fuentes de PBE entre las enfermeras más experimentadas que entre las más jóvenes que parecen ser más conscientes de las barreras a la evolución de la práctica y al acceso a la información de la PBE (Gerrish et al., 2008; Gerrish et al., 2012). Evidentemente esta enfermeras más jóvenes tienen mejor manejo de los espacios virtuales pero tal vez tenga que ver el hecho ya mencionado de que, a pesar de su formación y conocimientos, no se atreven aplicarlos hasta que no se sienten completamente integradas en su ámbito de trabajo y esto resulta muy difícil dada la inestabilidad laboral que padecen actualmente (Forsman et al., 2012; Rudman et al., 2012; Wallin et al., 2012).

5.2. Barreras para el uso de Evidencia

En cuanto a las principales barreras personales para el uso de PBE que las enfermeras de AP perciben, emergieron la ignorancia respecto a la búsqueda y aplicación de evidencia, la falta de motivación, la idealización de la investigación, las reservas respecto a la aplicación directa de evidencia, la transferencia de responsabilidad hacia otros profesionales o entidades, la necesidad de adaptación de la evidencia y la confusión entre práctica diaria y evidencia. Sin embargo, las dificultades más comentadas por la gran mayoría de enfermeras fueron la incredulidad frente a nueva evidencia y la resistencia al cambio.

Uno de los temas más discutidos fue el de la resistencia al cambio. Esta categoría fue discutida ampliamente en todos los grupos excepto en el de las enfermeras con menos experiencia, tal vez debido a una mayor ilusión y adaptabilidad a los cambios inherente a su juventud. En todos los grupos llama la atención el cómo ellas mismas se sorprenden de que se sigan llevando a cabo prácticas obsoletas.

En el grupo de enfermeras con más experiencia provenientes de traslado hospitalario, surge el concepto de “desarrollar los procedimientos de forma innata o intuitiva”. Si bien es cierto que algunos autores consideran que se debe integrar la ciencia de la evidencia con el intuitivo arte del juicio clínico (Sánchez-López et al., 2010), está claro que una práctica de calidad no puede estar basada sólo en la in-

tuición. Diversos estudios afirman que, en muchas ocasiones, las creencias y tradiciones pesan más que la investigación en las decisiones clínicas. Probablemente, el secreto para impartir cuidados de máxima calidad, está en un equilibrio que integre el juicio clínico de la enfermera con su experiencia previa, y la mejor evidencia y medios disponibles (Estabrooks et al., 2005; McCaughan et al., 2005; Makic et al., 2011).

Asimismo, las enfermeras del grupo con menor experiencia, expresaron la posibilidad de que la resistencia al cambio fuera debida a que muchas veces éste venía impuesto desde afuera. Las enfermeras de nuestro estudio en general no se sienten partícipes ni siquiera de la elaboración de los protocolos que les llegan desde la institución. Refieren que muchas veces se encuentran varias personas haciendo lo mismo sin metodología con lo que se pierde tiempo y no se mide la efectividad de su trabajo de forma real (Campillo-Artero 2012). En el grupo de enfermeras con más experiencia en AP se trata este punto con crudeza aludiendo a la inaplicabilidad de algunos protocolos realizados desde un despacho y, por otro lado, denunciando que cuando, desde la institución ha existido un interés político en introducir algún otro cambio, sí que se han dado los medios y se ha conseguido de una manera efectiva. Sin embargo en otros grupos se comentó que, aún introduciendo el cambio con sesiones clínicas impartidas por ellas mismas en su CS y demostrando su efectividad, no se consigue un cambio en la práctica. Expresan cansancio y decepción cuando han intentado introducir cambios bien fundamentados en sus equipos y ven que se persiste en las antiguas prácticas. Makic et al. (2011) exponen en un curioso artículo siete practicas habituales de unidades cuidados intensivos que no están basadas en la evidencia, cuyo cambio supondría una mejora inmediata en la atención al paciente y en las que persiste sin embargo la tradición del “siempre se ha hecho así”. En un reciente estudio realizado en Suecia acerca del cambio de rutinas en AP se concluye que para conseguir la implementación de una nueva práctica es importante tener en cuenta las características objetivas de la misma, la evidencia de base, diseñar una estrategia de implantación utilizando líderes intermedios y valorar factores personales de las enfermeras como los años de experiencia (Carlfjord & Festin, 2014).

En otros estudios realizados sobre el uso de MBE entre MF también hacen alusión a este punto explicando que los protocolos, las GPC y la evidencia que les llegan, están a menudo muy lejos de la realidad cotidiana de sus pacientes ya que deberían estar centradas en los pacientes, su entorno, y tendrían que contar con el criterio y la experiencia del profesional que debe aplicarlos (Sánchez-López et al., 2010; Calderón et al., 2011). Goldman et al. (2010) en un estudio con grupos focales acerca de la implantación de protocolos en AP considera vital, entre otras cosas, la colaboración del personal de base tanto en la elaboración como en la implantación, ya que si no se perciben las nuevas prácticas como útiles y aplicables difícilmente servirán de algo los protocolos o las GPC.

En el contexto español existe un Proyecto de Implantación de Guías de Buenas Prácticas que ha sido desarrollado y se está ejecutando gracias a la colaboración entre la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii), el Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Briggs para los Cuidados en Salud basados en la Evidencia y la Asociación de Enfermeras de Ontario (RNAO), de Canadá (Ruzafa-Martínez et al., 2011). A pesar de lo loable de este proyecto y de su evidente pertinencia, implantar guías sin estudio de campo previo puede ser contraproducente si las enfermeras asistenciales, que son, al fin y al cabo, las que ponen en marcha las GPC, las perciben como una imposición más de un proyecto que viene “desde arriba”, y que no ha surgido de una necesidad sentida “desde abajo”. El hecho de haber encontrado en nuestro país abundantes referencias a la intención y conveniencia de implantar el uso de PBE (Gálvez-Toro, 2001; Morales-Asencio, Morilla-Herrera, Martín-Santos, Gonzalo-Jiménez, & Terol-García, 2003; Díaz-Sánchez et al., 2007; Grupo de trabajo sobre implementación de GPC 2009), pero sin estudios de campo previos que nos orienten sobre las actitudes de las enfermeras de base, sobre el momento que están viviendo, la idoneidad de los métodos, sus conocimientos etc., corroboran lo dicho en numerosas publicaciones respecto a que la investigación está tan lejos de lo asistencial que difícilmente se aplicará. Diversas indagaciones avalan la idea de que la implantación de PBE en el lugar de trabajo y el cambio de las prácticas tradicionales requieren mucho más que la edición e implantación de guías como si fueran libros de recetas de cocina por muy evidenciadas que estén las mismas (Kitson et al., 2008; Rycroft-Malone 2008;

Goldman et al., 2010, Squires et al., 2011). En el mismo sentido, Solberg et al. (2009) ponen de manifiesto la brecha que existe en la práctica clínica entre la investigación y la mejora de la calidad asistencial y la necesidad de trasladar la investigación a la práctica financiando y publicando estudios prácticos a fin de optimizar la salud a través de la investigación.

En una reciente revisión Cochrane sobre la efectividad de las infraestructuras organizativas para la promoción de la PBE se concluye que difícilmente se conseguirá una implantación exitosa sin unos estudios previos que guíen la estrategia a seguir, ya que tras la revisión, sólo se pudo incluir un trabajo de baja calidad acerca de este tema (Flodgren, Rojas-Reyes, Cole, & Foxcroft, 2012). Lo curioso, y de lo que también se extrañan los autores, es que ya se realizó una revisión en el mismo sentido en 2008 sin haber hallado ningún estudio que explore este aspecto en ese intervalo de tiempo posterior (Foxcroft & Cole, 2008).

Otra de las barreras identificadas se refiere a la falta de criterios profesionales comunes, es decir, a la alta variabilidad en la práctica clínica poniendo de manifiesto, precisamente, que son conscientes del problema que dio origen al nacimiento de la MBE (Sackett et al., 1996). Uno de los determinantes de la alta variabilidad en la práctica clínica podría ser la falta de comunicación tanto entre los distintos CS como entre AP y el ámbito hospitalario (Gervás, 2004). Un factor decisivo para mejorar este aspecto deberían ser las herramientas informáticas. A pesar de que en esta comunidad autónoma se están implantando sistemas informáticos comunes a todos los ámbitos sanitarios públicos (hospitales, AP, salud mental, etc.) y accesibles tanto para médicos como enfermeras, es importante recalcar que la tecnología no presupone una comunicación efectiva entre niveles, sólo es una herramienta más, muy útil y que hay que saber utilizar pero en ningún caso suficiente. Greenhalgh et al. (2010) analizando la utilidad de la historia clínica electrónica (HCE), como principal recurso para alcanzar una coordinación efectiva recuerda que *“a menos que las HCE se alineen estrechamente con las actitudes de la gente, la gestión cotidiana de las consultas, la identificación de las necesidades de información, y las rutinas e incentivos correspondientes, el riesgo de que sean abandonadas y no adoptadas es sustancial”*. Por ejemplo en EEUU Moreland et al. (2012) realizaron un estudio a través de un cuestionario a 719 enfermeras hospitalarias para valorar la implanta-

ción de un sistema de registro y administración electrónica de medicación a los pacientes. Tras el análisis de sus respuestas, después de 3 y 6 meses de la implantación se encontró una valoración positiva y creciente en el tiempo respecto a satisfacción general, percepción de mejora en la carga de trabajo, aumento del trabajo en equipo, facilidad de manejar la documentación, una mayor información sobre la medicación y un incremento de la seguridad del paciente, pero no mejoraba la comunicación de la enfermera con el servicio de farmacia. Moreland et al. concluyen que la gran inversión que supone para las organizaciones la implementación de las nuevas tecnologías debería ir siempre acompañada de una formación continuada en su utilización y un *feedback* continuo entre el personal y la comisión encargada de su implantación, pero sin dejar de trabajar en otros campos como el del conocimiento o las relaciones personales necesarios para el buen funcionamiento de los equipos humanos (Moreland, Gallagher, Bena, Morrison & Albert 2012).

Las enfermeras de nuestro estudio refirieron, además, que hoy en día los pacientes cuestionan las prácticas profesionales sanitarias ya que están muy informados gracias a internet. Este problema respecto a la presión que ejercen los pacientes fue también percibida en el estudio realizado entre MF por Sánchez-López et al. (2010) en el que se consideró un problema y no una ventaja.

A esto se suman las presiones de los propios pacientes cuando otras enfermeras y médicos especialistas, principalmente hospitalarios, pautan tratamientos delegando el seguimiento a la enfermera de AP, ya que no vuelven a ver al paciente en semanas o meses. El prestigio social de los especialistas hospitalarios ante el usuario es tal que a la enfermera de AP a menudo le resulta muy difícil cambiar pautas. La necesidad de mejorar la comunicación entre la AP y la Atención Hospitalaria se ha puesto de manifiesto en muchas ocasiones por todos los profesionales sanitarios especialmente de AP ya que, aunque aquí la queja provenga de las enfermeras, el mayor perjudicado de esta falta de coordinación es el paciente (Gervás 2004; Ojeda et al., 2006; DiCenso et al., 2010; Flink, Öhlén, Hansagi, Barach & Olsson, 2012; Johnson et al., 2012; Gómez-Picard & Fuster-Culebras, 2014).

En cuanto a la falta de motivación, las participantes debatieron sobre si la fuente de motivación debe ser la institución, la coordinadora de enfermería o uno mismo,

concluyendo que se puede incentivar pero no motivar ya que se trata de una actitud personal. La falta de motivación se consideró como un impedimento para la utilización de una PBE en tres de los grupos, en los dos de las enfermeras con más experiencia y en el de las más jóvenes. En el grupo de enfermeras más experimentadas en AP se añadió además la necesidad de que sea la propia organización la que promueva la motivación a través de incentivos como la formación, aspecto en el que también coinciden los más jóvenes. Por otra parte, se apunta la necesidad de que se incentive con “conocimiento de causa” insinuando el desconocimiento por parte de la organización de las circunstancias reales de los CS. En este sentido, ya se hizo un intento con la implantación de la Carrera Profesional que tenía que servir para incentivar la formación continuada, el reciclaje y la investigación de los profesionales sanitarios. En Baleares, tras diversas negociaciones, especialmente con los sindicatos, quedó en un “café para todos” accediendo en convocatoria extraordinaria, de forma irreversible y única, exclusivamente por años trabajados en el Servicio Balear de Salud (Consejería de Salud y Consumo, 2006). Por otra parte, el sistema de acceso ordinario por méritos (Consejería de Salud y Consumo, 2011) está paralizado y congelado por falta de fondos y de acuerdo entre sindicatos y partidos políticos (Consejería de Salud, Consumo y Bienestar Social, 2011). Algo similar ha sucedido en el resto de comunidades autónomas españolas en las que se aprobaron modelos poco incentivadores de la excelencia profesional y que premian simplemente, la continuidad en el puesto de trabajo (Pérez-García, 2012).

5.3. Ventajas que proporcionaría trabajar con evidencia

El grupo que más ventajas expresó del hecho de trabajar basándose en la evidencia, fue el de coordinadoras de enfermería, dando mucha relevancia a que la PBE les podía proporcionar un respaldo legal. Otros estudios también han hallado resultados similares (Brown et al., 2008). Asimismo, en el estudio realizado por Berland et al. (2012) entre enfermeras de AP en Noruega, surgió la preocupación por su responsabilidad legal ante la toma de decisiones clínicas afirmando que si se conoce la mejor evidencia sus decisiones serán más correctas y responsables.

Las enfermeras de nuestro estudio opinan que necesitan respaldos científicos que den solidez y prestigio a la profesión. Piensan que la PBE puede contribuir a mejorar su imagen y prestigio social y son conscientes de la responsabilidad que tienen ante el paciente y la sociedad de impartir unos cuidados de calidad con rigor científico.

Tradicionalmente, a la enfermería se le ha dado un matiz de profesión vocacional y humanista. Una profesión que busca su consolidación en el imaginario social debería aportar algo en sí misma que no puede fundamentarse sólo en el humanismo (que se le supone) sino en un cuerpo de conocimientos sólido basado en la evidencia que se renueva constantemente y confiere rigor científico a la práctica profesional. La humanidad es importante pero no es un bien intrínseco y exclusivo de la enfermería y ni puede ni debe ser la única base de su trabajo y de su aportación social (Buresh & Gordon, 2006; Hernández-Yáñez, 2010). Como dijo Virginia Henderson: “... *la imagen del personal de enfermería para el futuro parece requerir una combinación especial del viejo y cálido espíritu de Florence Nightingale con las nuevas habilidades profesionales. Quizás la lámpara como símbolo de la enfermería pueda servir todavía a su propósito, si el personal puede lograr combinar la luz (habilidades profesionales), con la calidez que esta irradia (respuesta personal de ayuda)*” (Henderson 1993). Más recientemente Suzanne Gordon, conocida periodista norteamericana especialista en temas de enfermería, redonda en la misma línea diciendo: “... *necesitamos enfermeras porque nos salvan la vida, porque previenen complicaciones que pueden ser catastróficas, porque tienen conocimientos, no sólo porque son amables.*”(Gordon, 2012).

Asimismo, creemos que es muy significativo que, aunque ponen sus esperanzas en el desarrollo de las especialidades de enfermería y mencionan la formación de Grado como un avance, nadie hiciera referencia a los nuevos horizontes que podría abrir el tener acceso al doctorado a través de la nueva titulación de Grado. En este sentido Moosvi y Levin (2013) consideran que se deberían aprovechar las nuevas titulaciones a las que tienen acceso las enfermeras, como por ejemplo el doctorado, a fin de llevar a cabo eficazmente la investigación necesaria para llenar la brecha de la evidencia y luego aplicar hallazgos en diversos centros de atención de salud

para resolver problemas clínicos mejorando los resultados en los pacientes y, en última instancia, influir en la política de salud en todos los niveles.

5.4. La investigación como fundamento de la PBE

Las enfermeras de nuestro estudio son muy conscientes de la necesidad de cuestionarse continuamente la práctica y de utilizar una metodología que permita una mejora continua del trabajo. Realizan numerosas actividades de prevención y promoción de la salud y les gustaría evaluarlas para saber el impacto que tiene su trabajo entre la población pero no saben cómo hacerlo ni creen que se les facilite dicha labor ya que consideran que hay poca cultura por parte de la institución de evaluar y lanzar nuevos retos que aumenten la calidad de la práctica enfermera.

En este sentido, nuestras participantes admiten que han intentado investigar sin éxito o incluso tener datos recogidos que no han utilizado por no saber cómo sacar conclusiones serias y difundirlos. En otros estudios realizados en diversos contextos, las enfermeras también han referido tener dificultades similares para entender y utilizar la investigación. En general consideran difícil entender las estadísticas, el idioma de las publicaciones, no saben utilizar las bases bibliográficas y piden tener estudios fáciles de entender y aplicables a su día a día (Parahoo, 2000; Oranta, Routasalo & Hupli, 2002; Pravikoff, Tanner, & Pierce, 2005; De Smedt, Buyl & Nyssen, 2006).

Respecto a la docencia y la investigación en todos los CS de AP es habitual realizar sesiones docentes y organizativas tanto entre el personal de enfermería como entre el personal médico por separado y de forma conjunta con todo el EAP. Sin embargo, estas sesiones, como los cursos de formación, son voluntarias tanto en lo que concierne a la asistencia como a su elaboración, y, para su preparación, requieren dedicar tiempo fuera de la jornada laboral.

Nuestras enfermeras manifiestan carecer del tiempo necesario para implementar una PBE. Para investigar, iniciar nuevos proyectos o buscar evidencia y reciclarse, tienen que hacerlo en casa ya que no está contemplado a lo largo de la jornada laboral. Aun así, expresan tener ganas de investigar, aprender y mejorar y esto es

algo que se dibuja en mayor o menor medida a lo largo de todo el discurso en todos los grupos. Numerosos estudios coinciden en que la falta de tiempo durante la jornada laboral es una de las principales barreras percibidas (Sitzia, 2002; Bonner & Sando, 2008; Brown et al., 2010; Moreno-Casbas et al., 2011; Solomons & Spross, 2011). Sin embargo, en un estudio realizado en enfermeras españolas, al analizar las dificultades y oportunidades percibidas para investigar, aseguraron que en AP tenían más tiempo que en AH para investigar (Oltra-Rodríguez et al., 2007). No obstante, debemos tener en cuenta que esta percepción no garantiza que en AP ese supuesto tiempo de más sea suficiente. Por otra parte, ese estudio se realizó antes de que se aplicaran las medidas restrictivas impuestas a raíz de la crisis económica.

Todos coinciden en que trabajar en AP supone una oportunidad y un privilegio dada la mayor autonomía que este ámbito concede a la enfermera y el enfoque del trabajo holístico y en distintos entornos tales como colegios, institutos de enseñanza secundaria, asociaciones comunitarias, etc. que hace que sea más variado y autónomo que en el hospital (Duke & Street, 2003; Morales-Asencio, 2008). Esta multiplicidad de funciones de la enfermera de AP surgió en tres de los cinco grupos, y aunque lo hicieran de forma puntual, llama poderosamente la atención el hecho de que lo que en el grupo de las enfermeras más jóvenes se considera una ventaja, en el grupo de enfermeras con más experiencia que provienen del hospital es percibido como negativo. Esto nos da una idea de la distinta visión que tienen del trabajo en AP aunque por otro lado existe bibliografía que apoya la idea de que esta multiplicidad de funciones de la enfermera de AP puede ser a veces un impedimento para participar en investigaciones (Boase, Kim, Craven & Cohn, 2012).

Además, en algunos países como es el caso de España, con el fin de facilitar la investigación durante la jornada laboral, sería necesario aumentar las medidas de conciliación familiar y laboral tal y como se sugirió en dos de los grupos de nuestro estudio (el de coordinadoras y el de enfermeras de 10 a 20 años de experiencia). Es de prever que al ser una profesión desempeñada mayoritariamente por mujeres se centren de manera más concreta en su vida familiar al ser más probable que tengan hijos pequeños, o sean requeridas para el cuidado de sus mayores, lo que explicaría que este elemento surja exclusivamente en estos dos grupos de discusión (Esteras Casanova, 2006).

En un reciente informe elaborado por una Comisión de la Unión Europea acerca de los recursos Humanos de Salud en la UE también se resalta la necesidad de mejorar las medidas para la conciliación de la vida profesional y privada no sólo entre las enfermeras sino también entre los médicos ya que, en muchos estados miembros de la UE, las mujeres que estudian medicina suponen más del 50 % del alumnado y prevén que será difícil mantener la vida profesional en niveles adecuados de calidad si no se mejoran dichas medidas (Commission Staff Working Document on an Action Plan for the EU. Health Workforce, 2012; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013)

Si bien es cierto que hay autores que piensan que las barreras que conducen a la poca utilización y generación de investigación por las enfermeras, son solamente tópicos y las pocas publicaciones científicas son un problema de medición de impacto (García-Fernandez, 2012), numerosos estudios realizados tanto entre enfermeras como entre médicos en AP, revelan estas carencias (Mold & Peterson, 2005; Sánchez-López et al., 2010; Tapp & Dulin, 2010; Calderón et al., 2011).

Otra de las dificultades para investigar que manifiestan las entrevistadas, tiene que ver con el trabajo en un equipo multidisciplinar, que en principio, es uno de los pilares fundamentales del trabajo en AP (García-Millán et al., 2012). Hablan de falta de unidad de criterio en cuanto a investigar, no sólo entre el EAP, formado por todos los profesionales que trabajan en un CS, sino también entre las propias enfermeras y expresan la necesidad de comunicación y cooperación.

Si nos remitimos a los resultados obtenidos en el cuestionario PES-NWI, que mide la facilitación del entorno en la implementación de una PBE, veremos que existen diferencias intergrupo en el factor “Relación médico/enfermera” atendiendo a los años de experiencia profesional, donde sacan la puntuación mínima las enfermeras con más de 20 años de experiencia profesional frente al máximo obtenido por las enfermeras que tienen una experiencia entre 10 y 20 años que parecen encontrarse mejor en su relación con los médicos. Esto podría ser debido a que la mayoría de las enfermeras del grupo de más de 20 años provienen actualmente del entorno hospitalario, por lo que es posible que no se sientan tan apoyadas en su relación con el médico como las que llevan entre 10 y 20 años que son enfermeras forma-

das ya en AP. A pesar de que algunos estudios ponen de manifiesto que, incluso en hospitales magnéticos, una de las reivindicaciones por parte de las enfermeras, es una mayor autonomía a la hora de tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes (Kramer & Schmalenberg, 2008), podría ser que las enfermeras formadas en el ámbito hospitalario no se sintieran cómodas con el mayor nivel de autonomía que se tiene en AP (Martín-Santos, Morales-Asencio, Gonzalo-Jiménez & Morilla-Herrera, 2003). De todos modos, tal como describen Pipe et al. (2009), en cualquier plan de implementación de PBE deberían tenerse en cuenta los distintos niveles de experiencia y preparación de las enfermeras.

Uno de los factores determinantes de esta percepción de heterogeneidad y falta de unidad entre las enfermeras es, probablemente, la diversidad en la formación y un recorrido profesional distinto según que la vida profesional se haya desarrollado en AH o en AP. Las profesionales provienen de formaciones y ámbitos laborales muy distintos con enfoques radicalmente diferentes (Gerrish et al., 2008; Miró et al., 2012). En este aspecto los MF nos aventajan, ya que al ser especialistas, tienen una formación y un campo de actuación más uniformes y además cuentan con el apoyo de la unidad docente de Medicina Familiar y Comunitaria que les da soporte en cuanto a investigación.

Las enfermeras con más experiencia creen que esta poca comunicación se debe, por un lado a la dispersión geográfica de los CS, que contribuye a que se sientan aisladas y, por otro, al poco *feedback* que, según ellas, reciben desde la institución a pesar de que toda su actividad se registra de forma manual o informática lo que podría facilitar la evaluación del impacto que tienen sobre la comunidad y sobre los individuos, sus actividades de educación y la promoción de la salud (Mold & Peterson, 2005; Tapp & Dulin, 2010; Pype et al., 2012). Numerosos estudios sugieren que una de las claves de la mejora en la calidad de la atención en el entorno comunitario está en la creación de equipos multidisciplinares eficaces con una buena comunicación, ya que esto mejora el clima laboral y los resultados en salud (Porter-O'Grady, Alexander, Blaylock, Minkara & Surel, 2006; Zwarenstein & Reeves, 2006; Murchy, 2009; Balasubramanian et al., 2010; García-Millán et al., 2012; Pype et al., 2012; Weaver & Teenier, 2014).

Respecto al poco feedback desde la institución hay que tener en cuenta que un factor desmotivador de la actividad investigadora es el no sentirse reconocido por la propia organización, y más teniendo en cuenta que al investigar se está intentando mejorar en la calidad asistencial y por tanto en la imagen y el buen funcionamiento de la propia institución. En el grupo de coordinadoras aparecen manifestaciones de asombro de que las enfermeras de base, continúen emprendiendo nuevos proyectos con tan pocos alicientes. A este respecto, es remarcable que nuestras enfermeras consideren la formación y la adquisición de competencias en investigación como un factor motivador en sí mismo. Creemos que este hecho debería ser aprovechado por la institución para incentivar la investigación, motivar a sus enfermeras y mejorar la calidad del trabajo tal como aparece en numerosos estudios (Solberg et al., 2009; Melnyk, Fineout-Overholt, Gallagher-Ford, & Stillwell, 2011; VanGeest & Johnson, 2011; Whitmer, Auer, Beerman, & Weishaupt, 2011; Moosvi & Levin, 2013).

El factor del NWI que obtiene mejor puntuación es el “Apoyo de los gestores” (con el 78,0% de su máximo posible) reflejando que consideran a su coordinador/a de enfermería, y su apoyo, como un factor clave para la consecución de objetivos que tienen que ver con la EBE. De hecho nuestras enfermeras, en su discurso, hacen referencia a que uno de los factores que marcan la diferencia para que en unos CS se utilice o se genere más investigación que en otros, es la actuación de la coordinadora de enfermería y, como ya se ha comentado anteriormente, de la institución. Destacan la importancia que se le atribuye a la coordinadora de enfermería respecto a la forma de trabajar de las enfermeras del EAP. Ello no quiere decir que éstas fomenten directamente la PBE pero sí que son consideradas como un factor clave para la consecución de objetivos que tienen que ver con la PBE y con el ambiente de trabajo que se crea en el equipo (Shirey, 2006; Melnyk, Fineout-Overholt, Gallagher-Ford & Kaplan, 2012; Melnyk, Hrabe & Szalacha, 2013; O'Haver, Jacobson, Kelly & Melnyk, 2014; Weaver & Teenier, 2014). Diversos investigadores han llamado ya la atención sobre el hecho de que invertir en la formación en PBE de individuos clave, que puedan liderar la implementación de prácticas basadas en la evidencia, como las coordinadoras de enfermería, podría ser una estrategia efectiva (Crow, 2006; Shirey, 2006; Rycroft-Malone, 2008).

Esta afirmación es coherente con el análisis que realizan algunos autores sobre la transferencia de la investigación a la práctica y la consecuente implantación exitosa de una PBE. Gallagher (2011) en un artículo que forma parte de una serie de publicaciones en la que se analiza paso a paso la implantación de una PBE, considera que es necesario involucrar a todo el equipo de enfermería para que resulte exitosa. La propuesta de Gallagher puede parecer simple y se basa fundamentalmente en tener en cuenta la participación de las enfermeras, su punto de vista, crear un ambiente cordial y reevaluar constantemente, pero requiere de un buen líder que ponga en práctica toda la estrategia. Las mismas enfermeras de nuestro estudio dicen sentirse incapaces de hacerlo solas y lo ven como algo disperso y difícil. Consecuentemente, reclaman dirección y asesoramiento a la vez que líderes que las animen a investigar. No se puede suponer que enseñar a unos cuantos individuos ya hará que utilicen la investigación de forma habitual en su trabajo. Hace falta todo un contexto, y una buena estrategia podría ser utilizar a las coordinadoras de enfermería como líderes ya que son reconocidas y reclamadas por el resto de las enfermeras como tales (Rycroft-Malone, 2008).

Como hemos visto en los resultados, los participantes manifiestan que la investigación puede ser llevada a cabo, tanto por enfermeras especializadas en metodología como asistenciales, desmitificando que necesiten una preparación extraordinaria. Creen que no todas las enfermeras tienen que investigar pero sí aplicar los resultados de la investigación. En este sentido hay que distinguir entre la figura que reclaman para ayudarlas a estructurar y llevar a cabo una investigación de forma correcta, algo así como un mentor experto, y la necesidad de un líder carismático que arrastre y anime a investigar y a implementar los resultados. En este sentido Ortega et al. (2012) en un artículo titulado “La animación científica en atención primaria”, defienden y argumentan la necesidad de un “animador científico” en los equipos de AP que no sólo asesore metodológicamente sino que, además, posea unas características lúdicas y de mediación que estimulen el desarrollo técnico y científico de los componentes del EAP.

De hecho, en nuestro estudio, el grupo de coordinadoras pide autogestión real del personal, piensan que si les dejaran formar a su equipo les iría mejor. Estas aseveraciones coinciden con otros trabajos como el de Lusardi (2012) en su artículo

From the Bedside to the Bedside en el que concluye la necesidad de que el tema a investigar surja de la práctica diaria, que las enfermeras asistenciales participen en todo el proceso de elaboración (incluida la decisión de aplicación), que se puedan guiar con mentores expertos pertenecientes al ámbito asistencial y que se lleve a cabo una evaluación continua de la efectividad de la acción. Así las enfermeras son adiestradas y "empoderadas" para cambiar su práctica, a través de procesos de tutoría.

Squires et al. (2011) afirman que la utilización general de la investigación en el trabajo está relacionada con las creencias y actitudes de las enfermeras y su papel profesional actual. Las creencias y las actitudes de nuestras enfermeras hacia la investigación parecen positivas pero demandan que su rol actual evolucione. Es probable que la falta de unidad y visión en cuanto a la PBE venga dada por una falta de objetivos claros desde la institución: en el documento *Better Care* de Canadá se asegura que los factores esenciales de una atención integral y coordinada en sanidad son la efectividad organizacional que incluya una misión y visión claras con liderazgo y estrategias de gestión del cambio, el apoyo de una cultura de mejora continua de la calidad y la medición del proceso, además de la potenciación del paciente a través de la educación y toma de decisiones compartida (Browne, Birch & Thabane, 2012).

5.5. Relaciones con la Institución

Las enfermeras de nuestro estudio expresaron contradicciones entre el mensaje teórico que la institución transmite y lo que ellas perciben en su realidad diaria. Algunos autores aseguran que para conseguir la implementación de la evidencia es importante crear un clima de confianza, conocer los intereses de todas las partes y establecer medidas de evaluación de los cambios (Melnik, Fineout-Overholt, Stillwell & Williamson, 2010; Gallagher-Ford, Fineout-Overholt, Melnyk & Stillwell, 2011) pero el primer paso es crear un espíritu de investigación y para ello es necesario que la institución promueva una cultura de apoyo a la investigación y provea las herramientas para implementar una PBE (Melnik et al., 2009).

Las participantes consideran que los organismos institucionales fomentan la dependencia del usuario del sistema sanitario, lo que supone una clara contradicción, ya que la esencia de la AP, es precisamente fomentar el autocuidado y el manejo de la patología en lo que se refiere a enfermedades crónicas (*empowerment*), y la promoción y la educación para la salud en las personas sanas de tal forma que cada uno sea responsable de su propia salud. No obstante, parece que, políticamente, interesa vender lo contrario (Campillo-Artero, 2012; Gómez-Picard & Fuster-Culebras, 2014). Dos ejemplos claros de esta cuestión que las enfermeras sacan a la luz repetidas veces en todos los grupos son “el programa del niño sano” que, como su propio nombre indica, requiere repetidas visitas a niños sanos, y otro la “hiperfrecuentación” de los usuarios a urgencias por el más mínimo problema. Por un lado, se nos insta a educar a la población para el buen uso del sistema sanitario, pero por otro se vende políticamente nuestra disposición las 24h, y se publicita la consulta a los servicios sanitarios de urgencias ante cualquier mínimo problema, sin que a menudo, se dote a estos servicios de medios suficientes para atender esta demanda suponiendo que ésta deba ser la estrategia de atención al usuario. Parece que se espera del personal sanitario una actitud de voluntarismo y entrega total sin compensaciones a cambio, además de fomentar una actitud de desencanto entre los profesionales al verse obligados a atender demandas que no parecen las más apropiadas para el desarrollo “sano” de la sociedad y una gestión adecuada del sistema sanitario. Gordon analiza ampliamente esta actitud de abnegada entrega que se espera especialmente de las enfermeras considerando que tiene unas raíces históricas y que alimentar este estereotipo social de bondad y sacrificio en perjuicio de la ciencia y la experiencia que requiere el cuidar menoscaba nuestra imagen ante la población que atendemos y ante nosotras mismas (Gordon & Nelson, 2005).

Al hilo de esta cuestión, otro de los aspectos que las enfermeras debatieron, fue que no parece coincidir la autonomía que se supone tiene la enfermera vista desde el despacho de la GAP con la autonomía real vista en el puesto de trabajo. Se mostró cierta decepción ante la poca importancia que se da, por ejemplo, a la educación para la salud frente a técnicas simples o tareas delegadas como el triaje en urgencias que supone un mal uso de los recursos ya que consideran que tal como está organizado no es efectivo, porque la enfermera no tiene autonomía para pau-

tar tratamientos sencillos, no por falta de conocimientos, sino por vacío legal. Se priorizan urgencias o la realización de tareas puramente técnicas que son funciones delegadas, frente, por ejemplo, a la investigación o la EPS individual y comunitaria que son funciones propias de la enfermera. De todas formas el problema expuesto por las enfermeras respecto al triaje de urgencias viene dado por la poca capacidad de resolución de problemas que tenemos actualmente las enfermeras según la legislación vigente ya que ni podemos diagnosticar enfermedades ni situaciones fisiopatológicas por banales que éstas sean, ni prescribir ningún medicamento. En un CAP (Centro de Atención Primaria) de Cataluña se inició una experiencia en la que se elaboró toda una Guía de Intervención Enfermera a fin de resolver la atención a visitas espontáneas en demanda de atención sanitaria para el mismo día. Amparada en esta guía la enfermera puede dar altas a los pacientes e incluso pautar tratamientos sencillos. En un estudio publicado evaluando la experiencia se concluyó que las enfermeras podían resolver de forma satisfactoria la mayoría de la demandas de forma que sólo un 6% de los pacientes requirieron ser visitados por el médico el mismo día (Brugués, Peris, Martí & Flores, 2008). La experiencia resultó tan satisfactoria que la Guía ha sido actualizada recientemente (Grupo de trabajo de la gestión de la demanda espontánea, 2012). Sin dejar de valorar la experiencia de forma positiva, algunos autores de reconocido prestigio, advierten que la generalización de esta experiencia podría chocar con la heterogeneidad, ya mencionada en esta tesis, de la enfermería en España donde, *“atendiendo únicamente al criterio de formación, conviven antiguos ATS de cuarto de bachiller y reválida con doctores en Enfermería”* (Ortun, 2013).

Diversos estudios a nivel internacional concluyen que la sustitución de médicos por enfermeras en los servicios de urgencias de AP para el diagnóstico y tratamiento de situaciones fisiopatológicas sencillas resulta eficiente y la satisfacción del usuario es incluso mayor que cuando es atendido por un médico aunque también se evidencian conflictos de reparto de competencias entre ambos estamentos profesionales (Laurant et al., 2004; Jones, Edwards & While 2011; Fairall et al., 2012; Hoskins, 2012; Zwijnenberg & Bours, 2012; Blumenthal & Abrams, 2013; Donelan, DesRoches, Dittus & Buerhaus, 2013).

En España están pendientes de desarrollo nuevas competencias como la prescripción enfermera desarrollada en la Ley 28/2009 (Jefatura del Estado, 2009), la enfermería de práctica avanzada y las especialidades de enfermería (Galao-Malo, 2009; Samitier, 2010; Hernández-Yáñez, 2011; Hernández-Yáñez, 2013). Desde distintos ámbitos, a nivel internacional, también se reconoce que las competencias de las enfermeras están cambiando y necesitan asumir nuevas funciones o definir las que ya están llevando a cabo como coordinadora de cuidados y líder de servicios sociosanitarios (Zwarenstein & Reeves, 2006; Lindblad, Hallman, Gillsjo, Lindblad & Fagerstrom 2010; Gerrish et al., 2012) y es evidente que las instituciones juegan un papel esencial tanto a nivel formal para reconocer las competencias enfermeras reestructurando los roles de los profesionales sanitarios, como a nivel práctico en la consecución de la excelencia en la práctica enfermera en AP (Gordon, 2005; Waknine, 2012). A nivel nacional, la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (SEDAP) en su informe de 2010, afirma que *“las claves de la mejora de la AP pasan por aplicar nuevas estrategias asistenciales, maximizando los beneficios de las tecnologías de información y comunicación (TIC), y por implantar vías clínicas basadas en la evidencia en coordinación con otros servicios sanitarios y sociales, desarrollando las competencias de enfermería y la atención domiciliaria”* (SEDAP 2010). Sólo con una división del trabajo que atienda a la capacidad resolutoria y que olvide los gremialismos se podrá alcanzar la calidad que la atención a crónicos y agudos requiera (Ortún 2013). Recientemente Nigel y Lincoln (2014) en un artículo publicado en el *New England Journal of Medicine* plantean la necesidad de redefinir los roles de los profesionales sanitarios ante la crisis mundial de personal sanitario, su desigual distribución y los cambios demográficos y epidemiológicos que se están dando en nuestra sociedad. Consideran que la responsabilidad y autoridad de las distintas profesiones sanitarias no está bien delimitada y que las políticas sanitarias han eludido históricamente esta responsabilidad al considerar más fácil rediseñar un servicio que rediseñar roles profesionales.

Vemos pues, que las enfermeras son responsables de la calidad de su trabajo y expresan en todo momento su deseo de asumir más competencias y de hacerlo bien, pero deben estar apoyadas y lideradas por la organización. En nuestro estudio expresaron claramente la necesidad de que los directivos prioricen de forma riguro-

sa la formación, la investigación y las actividades de educación y promoción de la salud y un papel de la enfermera más autónomo y protagonista.

Respecto a los cursos de formación es importante resaltar que mientras no se tiene una plaza fija, sí que puntúan los cursos de formación para acceder a los puestos de trabajo. De ahí que las enfermeras más jóvenes hablan del sinsentido de la exigencia de formación, ya que no importa aprender o la pertinencia de la formación realizada respecto al puesto de trabajo ofertado, puesto que no se mira la calidad de los cursos sino los créditos que suman al baremo. En realidad consideran que “pagas” para obtener puntuación, sin embargo reconocen que se aprende mucho más con los cursos presenciales organizados por el EBAP (*Escola Balear d'Administració Pública*) pero dan muy pocos créditos, puntuándose más los realizados *on line*. De hecho, en la última oposición convocada por el *Servei Balear de Salut*, se dio el caso de cursos impartidos desde la gerencia de AP que no puntuaban para el discente ni para el docente. Además, como bien dijeron en su discurso, es una contradicción hablar de formación continuada cuando hay incorporaciones a AP de enfermeras desde el ámbito hospitalario sin pasar por ningún reciclaje previo.

Numerosas publicaciones alertan sobre la necesidad de adaptar el currículo formativo pregrado y postgrado a las necesidades del ámbito en el que se trabaja, lo que redundaría en mejores resultados en salud para el paciente y mayor satisfacción de los propios profesionales (Melnik et al., 2008; DeBruyn, Ochoa-Marín & Semenic, 2014). Por otra parte, esto coincide con estudios en los que se señala el hecho de haber cursado formación postgrado como un determinante del uso de PBE (Profetto-McGrath et al., 2007; Solomons & Spross, 2011; Squires et al., 2011; Aiken et al. 2014).

Actualmente, las enfermeras de AP disponen de cinco días de docencia al año para su formación y reciclaje, pero además de ser una formación voluntaria, generalmente no son sustituidas en el puesto de trabajo, con lo que la formación de unos sobrecarga al resto de compañeros. Otra fórmula que se ha utilizado para ahorrar sustituciones es poner el horario de los cursos por las tardes fuera del horario laboral. Si la institución no exige ninguna formación ni la facilita dando los recursos,

tampoco puede exigir a sus enfermeras que la realicen y éstas la pueden postergar al momento más oportuno de su vida o simplemente no realizarla. Si a esto unimos lo ya comentado acerca del fracaso de la carrera profesional como incentivo al reciclaje y a la investigación, concluiremos que el apoyo de la institución a la investigación y la formación de sus enfermeras se queda en poco más que buenas intenciones.

Es importante hacer notar que en todos los grupos cada vez que alguna enfermera hace alusión y afirma que la institución no apoya suficientemente la formación, el reciclaje y la investigación, siempre emerge alguna voz que apela a la responsabilidad como buenos profesionales, y parece ser que este sentido de la responsabilidad profesional es el que mantiene a muchas enfermeras en la brecha de la investigación y la formación. Justifican la actividad investigadora y una metodología en PBE, ya que creen que son necesarias y útiles, pero aseguran que hay poca cultura entre las enfermeras y poco interés institucional por aumentarla. Pensamos que la investigación como fundamento de una PBE no puede basarse en el voluntarismo de unos cuantos entusiastas que sacrifican su vida personal y familiar y sus recursos (tiempo, dinero, etc.) para investigar o buscar los últimos hallazgos de la evidencia disponible, con el agravante de no obtener apoyo institucional para implementar esos hallazgos. Parece que en las culturas organizacionales lo asistencial es imprescindible, pero la investigación es algo secundario, como si no formaran parte de un mismo proceso, si las organizaciones no invierten en investigación no habrá estudios sólidos sobre los que sustentar una PBE tal como manifiestan numerosas publicaciones (Martínez-Riera, 2003; De Pedro-Gómez & Morales-Asencio, 2004; McKenna et al., 2004; Mold & Peterson, 2005; Tapp & Dulin, 2010; Calderón et al., 2011; Moosvi & Levin, 2013).

En cuanto al rol que actualmente desempeña la coordinadora de enfermería, ellas mismas se definen como *“ama de llaves, chica para todo, sin poder de decisión real y sin definición clara de sus funciones”*. Se sienten presionadas por su equipo de enfermeras, no tienen tiempo para dedicar a la PBE, sino a tareas burocráticas y a resolver las demandas de su equipo o a transmitir sus carencias a la dirección. Las coordinadoras asumen que les gustaría ser líderes en PBE pero no consideran que tengan unas directrices claras desde la institución para hacerlo, ni la formación

adecuada, ni el tiempo ni ninguna compensación que justifique dedicar horas fuera de la jornada laboral. Consideran que tienen una heterogeneidad tal de funciones que se sienten desbordadas. A este respecto, las enfermeras que provienen del hospital no entienden por qué las supervisoras hospitalarias sólo se dedican a la gestión y sin embargo en AP realizan además una función asistencial. Sancho-Viudes et al. (2002), en el análisis que realizó sobre el entorno de AP en Mallorca, ya encontró que las responsables de enfermería reclamaban más protagonismo en la toma de decisiones con la GAP quejándose también de la indefinición de sus funciones, poca comunicación con los coordinadores médicos de su propio centro de salud y poco reconocimiento por parte del EAP y de la propia GAP.

Por otro lado, como ya hemos visto, las enfermeras asistenciales consideraron que la coordinadora de enfermería debía ser un referente o líder para trabajar con evidencia. En el grupo de los más jóvenes incluso se habló de la responsabilidad personal y de que si la coordinadora no lo hace, el resto del equipo debería pedirle que liderase los cuidados. Algunos estudios realizados con el fin de indagar las causas del alto índice de *burnout* y el consecuente abandono o cambios de puesto de trabajo de la profesión coinciden en señalar que las supervisoras en el medio hospitalario y las coordinadoras de enfermería en AP, juegan un papel clave en la motivación del personal a su cargo y en la creación de un clima laboral satisfactorio (Camerino et al., 2008; Bartram, Casimir, Djurkovic, Leggat & Stanton, 2012; Patranchak 2013).

A este respecto Gerrish hace hincapié en la utilidad de las EPA como mentores de PBE ya que son cercanas a las enfermeras asistenciales y éstas las reconocen como autoridad (Gerrish et al., 2011; Gerrish et al., 2012). A nivel internacional, esta figura está desarrollándose e implantándose paulatinamente (Sangster-Gormley, Martin-Misener, Downe-Wamboldt, & DiCenso, 2011; Lowe, Plummer, O'Brien, & Boyd, 2012; Shiu, Lee, & Chau, 2012; Iglehart 2013). En nuestro entorno sería necesaria una figura de este tipo, no tenemos EPA y las especialidades de enfermería no están aún suficientemente desarrolladas ni tienen adjudicado a ningún nivel un nicho concreto en la organización de nuestra sanidad (Hernández-Yáñez, 2011; Hernández-Yáñez 2013).

Por otro lado las enfermeras gestoras de nuestro entorno, desde coordinadoras de enfermería a directoras, están poco incentivadas y no se les pide ningún requisito a nivel de estudios de postgrado o cualquier otro tipo de preparación para desempeñar el cargo. No se les forma específicamente ni cuando acceden al puesto ni cuando ya están en él limitándose a ser designadas como “cargos de confianza”. Precisamente, debido a la falta de compensaciones salariales o de cualquier otra índole, suelen aceptarlo enfermeras con motivación investigadora y/o ganas de implicarse en la profesión que, probablemente, aceptarían de buen grado ser formadas. De hecho de los doce componentes de este grupo de discusión, ocho habían cursado algún tipo de postgrado universitario (ver Tabla 8). Esta disposición explicaría que en la fase cuantitativa de nuestro estudio existan algunas diferencias significativas al examinar la variable “categoría profesional”. En el EBPQ se da una diferencia significativa en el factor “actitud” a favor de las coordinadoras de enfermería respecto a las asistenciales, creemos que podría ser debido a esta mayor implicación y disposición de las enfermeras que aceptan este cargo en los centros de salud. También en el factor del PES-NWI “Fundamento enfermero de la calidad de los cuidados” se da una diferencia significativa a favor de las enfermeras gestoras. Además ya se ha comentado que en el NWI el factor que obtiene mejor puntuación es el “Apoyo de los gestores” reflejando que consideran a su coordinador/a de enfermería, y su apoyo, como un factor clave para la implantación de una PBE.

Gerrish et al. (2011), tras un estudio realizado al entrenar a 855 enfermeras de hospital y de primaria en Inglaterra para implementar PBE en sus entornos, asegura que la formación en investigación pueden ser efectiva para la implementación en sus distintos ámbitos y considera que sería necesario el grado de master para las enfermeras que lideren el proceso de implementación. Parece pues necesario plantearse el formar a las coordinadoras de enfermería para que puedan dirigir la generación e implementación de una PBE en su equipo de manera que se aumente la calidad de los cuidados y la seguridad del paciente (Kurtzman & Corrigan, 2007; Gerrish et al., 2012; Sherman, 2012; Weaver & Teenier, 2014; Serembus, Solecki, Meloy, & Olszewski, 2011; Thomas & Wilson, 2013). Además también existen estudios que avalan la importancia de la formación de las coordinadoras de enfermería en gestión financiera de forma que participen de forma activa y decisiva en la efec-

tividad y eficiencia del sistema sanitario de AP (Ortún, 2012; Seifer, Blanchard, Jordan, Gelmon, & McGinley, 2012; Talley, Thorgrimson, & Robinson, 2013).

En la fase cuantitativa, a la luz de los resultados del NWI en el factor “Participación”, las enfermeras de nuestra muestra, parecían sentirse poco implicadas en los asuntos del centro, aunque una vez más, las gestoras puntuaron más alto en este factor.

En los grupos de discusión las referencias a los facilitadores de la PBE existentes por parte de la institución fueron prácticamente anecdóticas y el discurso no llegó a consenso en la mayoría de los casos. Se mencionó que algunos individuos han participado en la elaboración de protocolos y que la informatización de los sistemas de registro de AP ha facilitado una unificación de criterios y el uso de un lenguaje común. Sin embargo refieren que no se evalúan los cuidados que imparten en la consulta de enfermería ni saben si han conseguido modificar hábitos o no, a pesar de que todo se registra y el programa informático podría facilitar un *feedback* generando evidencia sobre su práctica. Son numerosas las publicaciones que avalan la utilización de la tecnología informática como oportunidad para trabajar con la última evidencia consiguiendo una eficiencia máxima, aunque esta utilización requiere de un reciclaje y *feedback* continuo (Harper, 2011; Doran et al., 2012; McBride et al., 2012; Caspers & Pickard, 2013). También consideran que no se evalúa adecuadamente el impacto que puedan tener sobre la comunidad sus actividades de educación y promoción de la salud con lo que difícilmente se podrá mejorar y mostrar resultados interesantes en salud pública y que demuestren la eficiencia de la labor de las enfermeras comunitarias (Murchy, 2009; Campillo-Artero, 2012; Gómez-Picard & Fuster-Culebras, 2014).

Las participantes consideran que lo que se evalúa son indicadores económicos y muy ligados al EAP. Los indicadores de farmacia actuales miden principalmente gasto en prescripción de medicamentos, algo en lo que la enfermera tiene poco que ver y de forma muy indirecta. Reconocen la existencia de unos indicadores asistenciales que evalúan su trabajo, pero no son lo suficientemente individualizados y miden más cantidad que calidad. Esta queja, acerca de una medición más cualitativa del trabajo, ya se vio referida en el estudio de Sancho-Viudes et al. (2002). Por

otra parte, los indicadores asistenciales, pueden ser muy perversos ya que se basan en una evaluación a base de “clicks” informáticos, con lo que no tienen por qué expresar la realidad del trabajo enfermero e incluso pueden llegar a desviar la atención del profesional hacia el paciente (Gené, 2007; Howie, Metcalfe, & Walker, 2008; Chew-Graham et al., 2013; Jha, 2013).

Lo que todos los grupos reclaman al hablar de falta de liderazgo institucional es una implicación real de la institución con un compromiso por parte de la misma de trabajar en todos los aspectos necesarios para aumentar la calidad de los cuidados y de todas las actividades de las enfermeras de AP, no sólo recibir instrucciones económicas para ahorrar y expresiones de buenas intenciones. En este sentido, recientemente ha sido publicado un informe en Inglaterra sobre la seguridad del paciente en su sistema público de salud en el que, tras analizar los problemas que han llevado a su sistema de salud a fallos escandalosos como el del Hospital *Mids-taffordshire NHSFT* (Francis, 2013), se insta a todos los líderes implicados en el más alto nivel, desde políticos a directivos clínicos, a considerar la calidad y, en concreto, la seguridad del paciente, como una prioridad de inversión y mejora continua de tal forma que no se escatimen medios para conseguirla (Moss, 2013; Mullen, 2013; National Advisory Group on the Safety of Patients in England, 2013).

El discurso respecto a las dificultades en la búsqueda, generación e implantación de la PBE fue muy amplio en todos los grupos y cargado de pesimismo. Este clima, tal como las enfermeras mismas expresan, podría tener relación con la situación de restricciones que se vive con el plan de austeridad impuesto desde 2010 a causa de la crisis económica y que ha continuado con los recortes a nivel nacional e incluso internacional (BOE nº 98, de 24 de abril de 2012). Estos recortes repercuten no sólo a nivel económico sino también aumentando la carga de trabajo, lo que influye en el estrés laboral y agrava el mal ambiente que pueda existir. Tengamos en cuenta que esta situación, lejos de mejorar, ha empeorado y se han impuesto recortes en todos los recursos de la sanidad obedeciendo a criterios estrictamente economicistas que tal vez recortan donde es más fácil hacerlo y no donde se debería (Simó-Miñana, 2007; Birch & Thabane, 2012; Campillo-Artero, 2012; Muntaner et al., 2012; Simó-Miñana, 2012; Legido-Quigley et al., 2013). En Grecia, uno de los países más afectados por los recortes sanitarios hasta el punto de aprobar el pasa-

do mes de febrero de 2014 la disolución del sistema público de atención primaria en favor de un sistema privatizado (InfoGrecia, 2014), existen ya numerosas publicaciones que reflejan las tristes consecuencias de los recortes sanitarios precisamente en la población más vulnerable, como puedan ser los enfermos crónicos, niños o ancianos (Kondilis et al., 2013; Filippidis et al., 2014; Liatis et al., 2014; Simou & Koutsogeorgou, 2014; Vlachadis, Vrachnis, Ktenas, Vlachadi & Kornarou, 2014).

De todas formas las enfermeras de nuestro estudio coinciden en que también se sentirían incentivadas con recursos no económicos, tales como la formación dentro de su jornada laboral o la mejora de sus condiciones generales de trabajo, pero aceptarían mejor los cambios e incluso los recortes si éstos estuvieran bien justificados y fundamentados. Algunos estudios consideran que se puede utilizar la implantación de una PBE como estímulo para la creación de un ambiente de trabajo positivo, usando la investigación como medio para obtener mejores resultados en seguridad y calidad de cuidados en el paciente (Kurtzman & Corrigan 2007; Munten, Van Den Bogaard, Cox, Garretsen & Bongers, 2010; Pierson, Liggett & Moore, 2010; Gerrish et al., 2012; McHugh et al., 2013). Aunque la resolución de las posibles barreras que impiden la PBE, como aumento de plantilla, formación en búsqueda bibliográfica, etc., es una condición necesaria, ésta no es ni mucho menos suficiente, ya que otros factores menos objetivos y medibles, tales como los valores, la motivación, el entorno, la empatía etc., son tanto o más importantes que los primeros (Siu, Laschinger & Finegan, 2008; Brown et al., 2010; Schreuder et al., 2012). Una revisión realizada por Salomons (2011) concluye que las escalas de medición usadas en los estudios encontrados fallan en medir estos aspectos tal vez porque aún no les damos la importancia que realmente tienen.

Así, más importante que los incentivos materiales, sería mejorar el clima laboral de forma que se acepten los cambios no como una represión sino como una mejora de la eficiencia de los cuidados, puesto que el ambiente de trabajo se considera un determinante esencial de la motivación que llevará a una PBE y consecuentemente a una mejora de la calidad asistencial (Kramer & Schmalenberg, 2008a; Melnyk et al., 2009; Melnyk et al., 2010; Squires et al., 2011).

Implicaciones para la práctica

Consideramos que una de las implicaciones para la práctica más importante de este estudio es el hecho de que se conciencie a las enfermeras y gestores de AP sobre el estado del uso de la PBE en nuestra comunidad y sobre los factores que pueden influir en el mismo.

En cuanto a las barreras para la implementación de una PBE, destacan la falta conocimientos, falta de apoyo, poca motivación y una distancia entre la teoría y la práctica que hace que consideren imprescindible una adaptación de la evidencia al entorno y al propio paciente. En este sentido creemos que sería interesante establecer una estrecha colaboración entre la UIB y la GAP, tanto a nivel de gestores como de enfermeras de AP, a fin de que los ámbitos científico, práctico y de gestión avanzaran de forma coherente hacia una PBE.

Teniendo en cuenta que las enfermeras manifiestan una inquietud generalizada por investigar, focalizada especialmente en medir su trabajo con un espíritu crítico, convencidas de que pueden mejorar y sin reticencias a la hora de aprender y rectificar para incrementar la calidad de su práctica, creemos fundamental que la institución tome un partido claro por la formación de sus enfermeras en EBE. Esta formación debería tener en cuenta circunstancias personales como antigüedad, formación previa, experiencia y factores del entorno propios del ámbito de AP, tales como las características de cada EAP y el entorno comunitario en el que está ubicado. De esta forma, se podrían elaborar planes de formación e implementación en EBE que tuvieran en cuenta la heterogeneidad de las enfermeras de AP, de forma que se aprovechara la experiencia de las más veteranas y el entusiasmo y los conocimientos actualizados de las más jóvenes. También se podrían crear, tal como ellas mismas propusieron, grupos con enfermeras de distintos CS para investigar en temas de interés común, lo que además contribuiría a una mejor comunicación entre los CS ya que manifiestan sentirse muy aislados unos de otros.

En futuros estudios, sería interesante explorar si la enfermeras de AP conocen realmente los recursos informáticos que tienen a su alcance, como por ejemplo el acceso privilegiado a la biblioteca virtual de salud (*Bibliosalut*), para buscar e im-

plementar PBE y saben usarlos. La gran inversión que supone para las organizaciones la implementación de las nuevas tecnologías debería ir siempre acompañada de una formación continuada en su utilización y un *feedback* continuo con el personal.

También se podría establecer un sistema de actualización periódica de los programas y protocolos existentes, a fin de que los documentos editados por el *Ibsalut* sean aplicables y una herramienta útil en el uso de la PBE. Podría ser interesante crear guías de práctica clínica contando desde el principio con la participación de las enfermeras de base, que sean fáciles de seguir y aplicables a la población con la que se trabaja. De esta manera nos aseguraríamos de que las enfermeras vieran estas GPC como una parte más de su desarrollo profesional y las consideraran una fuente práctica, creíble y relevante para la comunidad a la que atienden, a la vez que una forma de transferir los resultados de las investigaciones a los EAP de forma que se pudieran ver reflejados en su trabajo diario.

Los factores que las enfermeras percibieron como claras ventajas de la aplicación de una PBE están íntimamente ligados entre sí y a menudo, son consecuencia unos de otros. Así, la unificación de criterios que les podría proporcionar la aplicación de una PBE, depende de una mejora de la sistematización de la información, lo que proporcionaría un claro respaldo legal al haber aplicado unos cuidados científicamente cimentados y registrados. Además, una PBE podría mejorar el prestigio de la profesión enfermera tanto ante la sociedad como ante sí mismas, afianzando su autonomía con un cuerpo de conocimientos coherente y propio.

Para aumentar la calidad de los cuidados administrados en AP, y mientras se desarrollan las especialidades, podría ser útil discriminar los ámbitos de AP y AH en los baremos del *Servei de Salut de les Illes Balears*, estableciendo los méritos de forma que se valoren las competencias pertinentes a cada ámbito, tal como ya se ha hecho en otras comunidades autónomas. Además, con el fin de favorecer la formación continuada, sería oportuno desarrollar una carrera profesional realmente incentivadora estableciendo un reciclaje mínimo exigible y un sistema de incentivos realistas.

Las enfermeras de AP consideran que sus coordinadoras deberían ser las líderes en el proceso de implantación de una PBE y las aludidas desearían hacerlo pero reconocen y reclaman una formación específica, tanto en EBE como en gestión, una reestructuración y definición legal de sus funciones y un mayor poder de gestión en sus CS. Podrían diseñarse estrategias de implementación efectiva de una PBE, formando a las coordinadoras como líderes del proceso a fin de crear un ambiente de trabajo y una cultura en los centros de AP que facilitara la búsqueda, generación y transferencia de evidencia a la práctica clínica. Creemos que la clave de esta estrategia está en una implicación directa y firme de la institución para llevar la práctica clínica en AP a la excelencia.

En todos los grupos de discusión se identifica a la institución como un elemento que, en buena medida, dificulta o no facilita la implantación de la EBE. Las profesionales sienten estar sometidas a unos gestores institucionales del ámbito enfermero que tienen menos poder del que parece, con una gestión mayoritariamente orientada a criterios economicistas que poco o nada tienen que ver con su calidad asistencial. Creemos que a larga sería más rentable para el sistema, y más satisfactorio para las enfermeras, revisar la adecuación de plantillas de enfermería, capacitándolas para desarrollar papeles más independientes y propios de la enfermera de AP como las actividades comunitarias o la investigación en su ámbito, y establecer un sistema de evaluación más real con un continuo *feedback* desde y hacia la institución. Podemos concluir que para salvar estas grandes diferencias de puntos de vista entre la institución y los profesionales sería de vital importancia que las organizaciones evolucionaran hacia un liderazgo y una gestión más profesional y menos politizada, estableciendo unos criterios de selección de coordinadoras coherentes con su cometido y objetivos.

Limitaciones de este estudio

La fase cuantitativa de este estudio tiene algunas limitaciones a la hora de poder determinar posibles variables mediadoras en esta relación entre estilos de práctica y entornos. Se trata de un diseño transversal que no permite explorar la direccionalidad de las asociaciones y, por otra parte, elementos como el liderazgo que cada vez parece tener más peso en la adopción de evidencias por parte de los profesio-

nales, han sido explorados tangencialmente. Además, en el proceso de muestreo, hubo una infrarrepresentación del colectivo de enfermeras de 0 a 2 años de experiencia, con un 14% menos de lo esperado respecto al grueso de este estrato en los distintos centros. Posiblemente, los criterios de selección para responder a la encuesta, que, por una parte excluían a aquellas profesionales con menos de 6 meses en el puesto de trabajo, y el hecho de que estas enfermeras habían trabajado mayoritariamente en contratos para la realización de guardias de urgencias cuando se requerían 6 meses de trabajo como enfermera de equipo de AP, generaron este sesgo de selección. Por otra parte, muchas de las enfermeras más jóvenes, con contratos eventuales, se fueron a trabajar a hospitales ya que, tras los traslados y oposiciones, las perspectivas de trabajo eran mejores en AH que en AP.

En la fase cualitativa una de las limitaciones de nuestro estudio podría ser que al utilizar un muestreo intencionado en un territorio geográficamente aislado y pequeño es posible que una cultura propia pueda haber determinado algunos de estos hallazgos por lo que las comparaciones útiles de nuestros resultados sólo se pueden hacer entre comunidades autónomas y países que tengan un sistema de AP similar al de las Islas Baleares y España. Sin embargo creemos que los sistemas de AP en general son lo suficientemente similares, por lo menos en su filosofía fundamental, por lo que nuestros resultados pueden suponer una aportación importante para el tema de la PBE en AP.

También hay que decir que dado el pequeño tamaño de la población de enfermeras de AP en Mallorca y los movimientos de personal de los últimos años, muchas de ellas se conocían previamente lo cual, si bien podría considerarse una limitación, facilitó el clima distendido y de confianza en los grupos.

CAPÍTULO 6. CONCLUSIONES

1. La actitud de las enfermeras de AP hacia la implementación y uso de una PBE es positiva en todos sus aspectos, sin embargo, perciben gran cantidad de factores obstaculizadores y muy pocos factores facilitadores.
2. Aunque las enfermeras más jóvenes se consideran más competentes profesionalmente para desarrollar una PBE, declaran que ésta se ve dificultada por una falta de autonomía debida a la precariedad de su situación laboral.
3. Cuando surgen dudas sobre la práctica, la fuente de consulta más habitual es preguntar al compañero con el que se está trabajando o al más experimentado. En este sentido, aprecian como muy útiles las sesiones docentes en los CS impartidas por miembros de su propio equipo.
4. Las principales barreras personales para el uso de evidencia identificadas fueron, la resistencia al cambio, y la poca transferibilidad de la teoría a la práctica.
5. A fin de conseguir una implementación y uso de la EBE consideran que es imprescindible una adaptación de la evidencia a los recursos disponibles, al entorno comunitario y al propio paciente.
6. Los factores institucionales que obstaculizan la PBE son la falta de formación y liderazgo, la mala comunicación y el trato discriminatorio con otros profesionales sanitarios tanto del mismo CS, como de otros CS o de los hospitales de referencia, la falta de incentivos, falta de motivación, ausencia de una carrera profesional, ausencia de incentivos de cualquier índole y poca comunicación entre los gestores y las bases.
7. Las ventajas percibidas, derivadas de la aplicación de una PBE, son el respaldo legal en sus intervenciones en cuidados y el respaldo científico a las mismas, que consideran que aumentaría el prestigio de la profesión.
8. Expresan que la investigación es la forma de generar evidencia, pero que carecen de formación y tiempo durante la jornada laboral, y que les motivaría que los fundamentos científicos estuvieran adaptados a su contexto y fueran aplicables a su día a día.

9. Para que todo el equipo se implique en el desarrollo de una PBE, consideran necesario que la coordinadora de enfermería sea una pieza clave en la consecución de un buen ambiente laboral y una líder en cuidados.
 10. Las funciones de la coordinadora de enfermería están mal definidas y éstas pueden carecen de formación tanto para ser líderes en cuidados como en gestión.
 11. Consideran que trabajar en AP supone una oportunidad y un privilegio, debido a la mayor autonomía que este ámbito concede a la enfermera, aunque también creen que sus funciones deberían estar mejor delimitadas legalmente.
 12. Las enfermeras de AP creen que desde la institución se fomenta una dependencia del usuario hacia el sistema sanitario y una imagen profesional de la enfermera que no beneficia a su imagen social ya que se priorizan tareas delegadas, frente a funciones propias de la enfermera comunitaria.
 13. Se hace necesario que desde las organizaciones se definan los nuevos roles de la enfermera de acuerdo con el desarrollo de nuevas funciones y competencias derivadas de las nuevas áreas de cuidado como las especialidades, la enfermería de práctica avanzada o la prescripción enfermera.
 14. Los indicadores con que se evalúa el trabajo son de cariz económico y cuantitativo y no reflejan la calidad del mismo, de forma que no pueden estimar la eficiencia de la labor de las enfermeras comunitarias.
 15. En general reina un clima de pesimismo respecto al futuro profesional tanto por el poco desarrollo de las nuevas competencias como por los últimos recortes debidos a la crisis económica.
 16. En los últimos 12 años, independientemente de la tendencia política en el poder y del estado económico del contexto nacional o internacional, la institución ha mostrado poco o nulo interés en el fomento e implementación de PBE.
-

BIBLIOGRAFÍA

- Abad-Corpa, E., Molina-Durán, F., Vivo-Molina, M., Moya-Ruiz, B., Martínez-Hernández, A., Romero-Pelegrín, J., ... Muñoz-Sánchez, M. (2013). Estudio RN4CAST en Murcia: características organizacionales de los hospitales y perfiles enfermeros. *Rev Calid Asist.*, 28(6), 345-354.
- AEC (2014). Asociación de Enfermería Comunitaria. Comunicado de rechazo al cronograma de calendario de especialidades de enfermería propuesto por el Ministerio. Disponible en:
http://enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/981/Comunicado%20AEC_SEEGG_AET_AEEI_ANESM_FIRMAS.pdf
- Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (2010). *Manual de Competencias de la/del Enfermera/o de Atención Primaria*. Programa de Acreditación de Competencias Profesionales del Sistema Sanitario de Andalucía. Junta de Andalucía. Consejería de Salud.
- Aiken, L. H., & Patrician, P. A. (2000). Measuring organizational traits of hospitals: the Revised Nursing Work Index. *Nurs Res*, 49(3), 146-153.
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Lake, E. T., Sochalski, J., & Weber, A. L. (1999). Organization and outcomes of inpatient AIDS care. *Med Care*, 37(8), 760-772.
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., & Sermeus, W. (2013). Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *Int J Nurs Stud*, 50(2), 143-153. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.11.009
- Aiken, L. H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D. M., Busse, R., McKee, M., ... Kutney-Lee, A. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *Brit Med J*, 344, e1717. doi: 10.1136/bmj.e1717
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., ... Lesaffre, E. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet*, 383(9931), 1824-1830.
- Aiken, L. H., Havens, D. S., & Sloane, D. M. (2000). The Magnet Nursing Services Recognition Program: a comparison of two groups of magnet hospitals. *Am J Nurs*, 100(3), 26-36.
- Aiken, L. H., Smith, H. L., & Lake, E. T. (1994). Lower Medicare mortality among a set of hospitals known for good nursing care. *Med Care*, 32(8), 771-787.

- Aitken, L. M., Burmeister, E., Clayton, S., Dalais, C., & Gardner, G. (2010). The impact of Nursing Rounds on the practice environment and nurse satisfaction in intensive care: pre-test post-test comparative study. *Int J Nurs Stud*, 48(8), 918-925.
- Alonso-Coello, P., Ezquerro Rodríguez O., Fargues García, I., García Alamino, J.M., Marzo Castillejo, M., Navarra Llorens, ... Urrutia Cuchí, M. (2004). *Enfermería Basada en la Evidencia. Hacia la excelencia de los cuidados*: Difusión Avances de Enfermería (DAE, SL:).
- Alonso-Coello, P., Sola, I., Rotaecche, R., Gonzalez, A. I., Marzo-Castillejo, M., Louro-Gonzalez, A., ... Calderon, C. (2009). Perceptions, attitudes and knowledge of evidence-based medicine in primary care in Spain: a study protocol. *BMC Health Serv Res*, 9, 80. doi: 10.1186/1472-6963-9-80
- American Institute of Medicine (2001). *Crossing quality chasm: A new health system for 21st century*: Committee on Quality of Health Care in America. National Academies Press.
- Amezcu, M., & Gálvez, A. (2002). Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Rev Esp Salud Publica*, 76(5), 423-436.
- Aranaz-Andres, J. M., Aibar-Remon, C., Vitaller-Burillo, J., Requena-Puche, J., Terol-Garcia, E., Kelley, E., & Gea-Velazquez de Castro, M. T. (2009). Impact and preventability of adverse events in Spanish public hospitals: results of the Spanish National Study of Adverse Events (ENEAS). *Int J Qual Health Care*, 21(6), 408-414.
- Atkins, D. (2009). QUERI and implementation research: emerging from adolescence into adulthood: QUERI Series. *Implement Sci*, 4(Journal Article), 12.
- Balasubramanian, B. A., Chase, S. M., Nutting, P. A., Cohen, D. J., Strickland, P. A., Crosson, J. C., ... Crabtree, B. F. (2010). Using Learning Teams for Reflective Adaptation (ULTRA): insights from a team-based change management strategy in primary care. *Ann Fam Med*, 8(5), 425-432. doi: 10.1370/afm.1159
- Bartram, T., Casimir, G., Djurkovic, N., Leggat, S. G., & Stanton, P. (2012). Do perceived high performance work systems influence the relationship between emotional labour, burnout and intention to leave? A study of Australian nurses. *J Adv Nurs*, 68(7), 1567-1578.
- Bennasar-Veny, M. (2010). La Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria y la importancia de una formación basada en la evidencia. *Evidentia*, 7(31).

- Bergstrom, A., Peterson, S., Namusoko, S., Waiswa, P., & Wallin, L. (2012). Knowledge translation in Uganda: a qualitative study of Ugandan midwives' and managers' perceived relevance of the sub-elements of the context cornerstone in the PARIHS framework. *Implement Sci*, 7, 117. doi: 10.1186/1748-5908-7-117
- Berland, A., Gundersen, D., & Bentsen, S. B. (2012). Evidence-based practice in primary care: an explorative study of nurse practitioners in Norway. *Nurse Educ Pract*, 12(6), 361-365. doi: 10.1016/j.nepr.2012.05.002
- Bero, L. A., Grilli, R., Grimshaw, J. M., Harvey, E., Oxman, A. D., & Thomson, M. A. (1998). Getting research findings into practice: closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. *Brit Med J*, 317(7156), 465.
- Bhattacharyya, O., Reeves, S., Garfinkel, S., & Zwarenstein, M. (2006). Designing theoretically-informed implementation interventions: fine in theory, but evidence of effectiveness in practice is needed. *Implement Sci*, 1(Journal Article), 5.
- Bilbao-Acedos, I., March-Cerdá, J. C., & Prieto-Rodríguez, M.A. (2002). Diez aportaciones del empleo de la metodología cualitativa en una auditoría de comunicación interna en atención primaria. *Rev Esp Salud Publica*, 76(5), 483-492.
- Birch, S., & Thabane, L. (2012). *Better Care: An Analysis of Nurs and Healthcare System Outcomes*. Ottawa, Ontario: Canadian Health Services Research Foundation (CHSRF) Retrieved from:
http://www.cfhfccass.ca/Libraries/Commissioned_Research_Reports/Browne-BetterCare-EN.sflb.ashx.
- Blumenthal, D., & Abrams, M. K. (2013). Putting aside preconceptions--time for dialogue among primary care clinicians. *N Engl J Med*, 368(20), 1933-1934. doi: 10.1056/NEJMe1303343
- Boase, S., Kim, Y., Craven, A., & Cohn, S. (2012). Involving practice nurses in primary care research: the experience of multiple and competing demands. *J Adv Nurs*, 68(3), 590-599. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05764.x
- Bonner, A., & Sando, J. (2008). Examining the knowledge, attitude and use of research by nurses. *J Nurs Manag*, 16(3), 334-343. doi: 10.1111/j.1365-2834.2007.00808.x
- Bostrom, A. M., Ehrenberg, A., Gustavsson, J. P., & Wallin, L. (2009). Registered nurses' application of evidence-based practice: a national survey. *J Eval Clin Pract*, 15(6), 1159-1163. doi: 10.1111/j.1365-2753.2009.01316.x

- Bostrom, A. M., Kajermo, K. N., Nordstrom, G., & Wallin, L. (2008). Barriers to research utilization and research use among registered nurses working in the care of older people: does the BARRIERS scale discriminate between research users and non-research users on perceptions of barriers? *Implement Sci*, 3(Journal Article), 24.
- Bostrom, A. M., Kajermo, K. N., Nordstrom, G., & Wallin, L. (2009a). Registered nurses' use of research findings in the care of older people. *J Clin Nurs*, 18(10), 1430-1441.
- Bostrom, A. M., Wallin, L., & Nordstrom, G. (2007). Evidence-based practice and determinants of research use in elderly care in Sweden. *J Eval Clin Pract*, 13(4), 665-673.
- Bradbury-Jones, C., & Herber, O. R. (2011). Creativity in nursing research: five thinking hats? *Int J Nurs Stud*, 48(2), 143-144.
- Brennan, P. F., & Anthony, M. K. (2000). Measuring Nursing Practice Models using Multi-Attribute Utility theory. *Res in Nurs & Health*, 23(5), 372-382.
- Brennan, P. F., Anthony, M., Jones, J., & Kahana, E. (1998). Nursing practice models: implications for information system design. *J Adv Nurs*, 28(10), 26-31.
- Brown, C. E., Ecoff, L., Kim, S. C., Wickline, M. A., Rose, B., Klimpel, K., & Glaser, D. (2010). Multi-institutional study of barriers to research utilisation and evidence-based practice among hospital nurses. *J Clin Nurs*, 19(13-14), 1944-1951. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.03184.x
- Brown, C. E., Wickline, M. A., Ecoff, L., & Glaser, D. (2008). Nursing practice, knowledge, attitudes and perceived barriers to evidence-based practice at an academic medical center. *J Adv Nurs*, 65(2), 371-381.
- Brown, C. E., Wickline, M. A., Ecoff, L., & Glaser, D. (2009). Nursing practice, knowledge, attitudes and perceived barriers to evidence-based practice at an academic medical center. *J Adv Nurs*, 65(2), 371-381.
- Browne, G., Birch, S., & Thabane, L. (2012). Better Care: An Analysis of Nursing and Healthcare System Outcomes. Ottawa, Ontario: Canadian Health Services Research Foundation (CHSRF).
- Brugués Brugués, A., Peris Grao, A., Martí Aguasca, L., & Flores Mateo, G. (2008). Abordaje de la demanda de visitas espontáneas de un equipo de atención primaria mediante una guía de intervenciones de enfermería. *Aten Primaria*, 40(8), 387-391.

- Buresh, B., & Gordon, S. (2006). From silence to voice: What nurses know and must communicate to public: Cornell University Press.
- Calarco, M. M. (2010). The impact of positive practices on nurse work environments: emerging applications of positive organizational scholarship. *West J Nurs Res*, 33(3), 365-384.
- Calderón, C., Sola, I., Rotaetze, R., Marzo-Castillejo, M., Louro-Gonzalez, A., Carrillo, R., ... Alonso-Coello, P. (2011). EBM in primary care: a qualitative multicenter study in Spain. *BMC Fam Pract*, 12, 84. doi: 10.1186/1471-2296-12-84
- Calvo, M. O. (2006). El concepto de exactitud científica en las especialidades clínicas. *An Med Interna*, 23(11), 3, 4.
- Calvo, M. O., & Domínguez, A. C. (2002). Medicina basada en la evidencia: una crítica filosófica sobre su aplicación en atención primaria. *Rev Esp Salud Publica*, 76(2), 115-120.
- Camerino, D., Conway, P. M., van der Heijden, B. I. J. M., Estry-Béhar, M., Costa, G., & Hasselhorn, H.-M. (2008). Age-dependent relationships between work ability, thinking of quitting the job, and actual leaving among Italian nurses: a longitudinal study. *Int J Nurs Stud*, 45(11), 1645-1659.
- Campillo-Artero, C. (2012). Desinversión y eficiencia en sanidad: aún sin brotes verdes. *Rev de Calidad Asistencial*, 27(3), 127-129.
- Canadian Nurse Association (2012). *A nurs call to action*. National Experts Commission of the CNA.
- Carlfjord, S., & Festin, K. (2014). Primary health care staff's opinions about changing routines in practice: a cross-sectional study. *BMC Fam Pract*, 15, 2. doi: 10.1186/1471-2296-15-2
- Carlson, C. L., & Plonczynski, D. J. (2008). Has the BARRIERS Scale changed nursing practice? An integrative review. *J Adv Nurs*, 63(4), 322-333.
- Casado-Marín, D. (2006). La atención a la dependencia en España. *Gaceta Sanitaria*, 20(Supl 1), 135.
- Casanovas, I., Escuredo, B., Esteve, J., Abades, M., Guillaumet, M., & Mitjans, J. (2006). Trayectoria laboral de las enfermeras de una escuela durante los 4 años siguientes a la graduación: 2000-2004. *Enferm Clinica*, 16(5), 238-243.

- Caspers, B. A., & Pickard, B. (2013). Value-based resource management: a model for best value nursing care. *Nurs Adm Q*, 37(2), 95-104. doi: 10.1097/NAQ.0b013e3182869e17
- Castells, X., Mercadé, L. L., & Riu, M. (2002). Envejecimiento y utilización hospitalaria. *Informe Sespas*(Journal Article), 495-510.
- CCEIJ, 2012. Centro colaborador español del Instituto Joanna Briggs. *Programa de implantación de guías de buenas prácticas RNAO en España 2011-2016*. Disponible en: http://www.evidenciaencuidados.es/evidenciaencuidados/pdf/RNAO/INSTITUCIONES_admitidas_CCEC_DEFINITIVA.pdf
- CGE, 2014. Consejo General de Enfermería. *Comunicado de rechazo al cronograma de calendario de especialidades de enfermería propuesto por el Ministerio*. Disponible en: <http://www.consejogeneralenfermeria.org/newsletter/166.pdf>
- Chan, M. (2008). Return to Alma-Ata. *Lancet*, 372(9642), 865-866. doi: 10.1016/s0140-6736(08)61372-0
- Chew-Graham, C. A., Hunter, C., Langer, S., Stenhoff, A., Drinkwater, J., Guthrie, E. A., & Salmon, P. (2013). How QOF is shaping primary care review consultations: a longitudinal qualitative study. *BMC Fam Pract*, 14, 103. doi: 10.1186/1471-2296-14-103
- CIE (2012). *Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería*. Consejo Internacional de Enfermeras. Ginebra. Suiza
- Ciliska, D., Dicenso, A., & Cullum, N. (1999). Centres of evidence-based nursing: directions and challenges. *Evidence Based Nurs*, 2(4), 102-104.
- CIMOP, Comunicación, imagen y opinión pública. Disponible en: <http://www.cimop.com/presentacion.html>
- COIBA, 2014. Col·legi Oficial d'Infermeria de les Illes Balears. *Comunicado conjunto de rechazo al cronograma de calendario de especialidades de enfermería propuesto por el Ministerio*. Disponible en: <http://www.infermeriabaleares.com/Contenidos/Ficha.aspx?IdMenu=A2238BD0-3048-4D9D-AB8C-C91C6FDFD475>
- Commission Staff Working Document on an Action Plan for the EU. Health Workforce. (2012). Communication from commission to european parliament, council,

- European economic and social committee and committee regions. Strasbourg, 18.4.2012 SWD(2012) 93 final.
- Comunidad de Madrid, C. d. S. (2009). Papel de enfermería de Atención Primaria. Plan de Mejora de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid 2006-2009. Madrid.
- Conde, F. (2002). Encuentros y desencuentros entre la perspectiva cualitativa y la cuantitativa en la historia de la medicina. *Rev Esp Salud Publica*, 76(5), 395-408.
- Conde, F. (2003a). Investigación sobre las necesidades de salud de la población de Vallecas Conclusiones de la 1ª fase de la investigación. CIMOP. Madrid.
- Conde, F. (2003b). Investigación sobre las necesidades de salud de la población de Vallecas Conclusiones de la 1ª fase de la investigación. CIMOP. Madrid.
- Consejería de Salud y Consumo (2006). Acuerdo del Consejo de Gobierno del día 22 de diciembre de 2006, por el que se ratifica el Acuerdo de la Mesa Sectorial de Sanidad de 3 de julio de 2006, sobre sistema de promoción, desarrollo profesional y carrera profesional del personal dependiente del Servicio de Salud de las Illes Balears. BOIB núm. 189 ext. de 30 de diciembre de 2006.
- Consejería de Salud y Consumo (2009). Resolución del consejero de Salud y Consumo de 14 de abril de 2009 por la cual se convoca un concurso oposición para cubrir plazas vacantes de la categoría ATS/DUE dependientes del Servicio de Salud de las Islas Baleares. BOIB num 58 de 24 de abril de 2009.
- Consejería de Salud y Consumo (2011). Resolución del director general del Servicio de Salud de las Islas Baleares por la cual se convoca el procedimiento ordinario para el acceso a los grados I, II, III y IV de la carrera profesional para el personal licenciado y diplomado sanitario del Servicio de Salud de las Islas Baleares. BOIB núm. 68 de 7 de mayo de 2011
- Consejería de Salud, Consumo y Bienestar Social (2011). Resolución del director general del Servicio de Salud de las Islas Baleares de 20 de julio de 2011 por la cual se suspende el plazo máximo legal para resolver el procedimiento ordinario para el acceso a los grados I, II, III y IV de la carrera profesional para el personal licenciado y diplomado sanitario del Servicio de Salud de las Islas Baleares, convocado mediante la Resolución de 2 de mayo de 2011 (BOIB núm. 68, de 7 de mayo de 2011). BOIB núm. 114 de 28 de julio de 2011.
- Consejo General de Enfermería. (2007). Informe sobre recursos humanos sanitarios en España y la unión Europea 2007

- Cornejo, M., & Salas, N. (2011). Rigor y calidad metodológicos: un reto a la investigación social cualitativa. *Psicoperspectivas*, 10(2), 12-34.
- Crisp, N., & Chen, L. (2014). Global supply of health professionals. *N Engl J Med*, 370(10), 950-957. doi: 10.1056/NEJMr1111610
- Crow, G. (2006). Diffusion of innovation: the leaders' role in creating the organizational context for evidence-based practice. *Nurs Adm Q*, 30(3), 236-242.
- Cummings, G. G., Estabrooks, C. A., Midodzi, W. K., Wallin, L., & Hayduk, L. (2007). Influence of organizational characteristics and context on research utilization. *Nurs Res*, 56(4 Suppl), S24-39. doi: 10.1097/01.NNR.0000280629.63654.95
- Cummings, G. G., Mallidou, A. A., & Scott-Findlay, S. (2004). Does the workplace influence nurses' use of research? *J Wound Ostomy Continence Nurs*, 31(3), 106.
- Davis, D. A., & Taylor-Vaisey, A. (1997). Translating guidelines into practice: a systematic review of theoretic concepts, practical experience and research evidence in the adoption of clinical practice guidelines. *CMAJ*, 157(4), 408.
- Dawes, M., Summerskill, W., Glasziou, P., Cartabellotta, A., Martin, J., Hopayian, K., ... Developers. (2005). Sicily statement on evidence-based practice. *BMC Med Educ*, 5(1), 1. doi: 10.1186/1472-6920-5-1
- De Pedro-Gomez, J., & Morales-Asencio, J. M. (2004). Las organizaciones ¿favorecen o dificultan una práctica enfermera basada en la evidencia? *Index Enferm*, (12), 26-31.
- De Pedro-Gómez, J., Morales-Asencio, J. M., Sese-Abad, A., Bennasar-Veny, M., Ruíz-Roman, M. J., & Muñoz-Ronda, F. (2009). [Validation of the Spanish version of the Evidence Based Practice Questionnaire in Nurses]. *Rev Esp Salud Publica*, 83(4), 577-586.
- De Pedro-Gómez, J., Morales-Asencio, J. M., Sese-Abad, A., Bennasar-Veny, M., Artigues-Vives, G., & Perello-Campaner, C. (2011). Nursing practice settings and competence to incorporate evidence into decisions: analysis of the situation in the Balearic Islands (Spain). *Gac Sanit*, 25(3), 191-197. doi: 10.1016/j.gaceta.2010.11.007
- De Smedt, A., Buyl, R., & Nyssen, M. (2006). Evidence-based practice in primary health care. *Stud Health Technol Inform*, 124, 651-656.
- DeBruyn, R., Ochoa-Marín, S. C., & Semenik, S. (2014). Barriers and facilitators to Evidence-Based Nursing in Colombia: Perspectives of nurse educators, nurse researchers and graduate students. *Investigación y educación en enfermería*, 32(1).

- Díaz-Sánchez, V., Álvaro-Noguera, M., Campo-Cecilia, E., Saavedra-Sánchez, F., & Cabrera-Artacho, M. (2007). El paradigma de la enfermería basada en la evidencia (EBE) en la enfermería clínica hospitalaria. *Index Enferm*, 28.
- DiCenso, A., Bourgeault, I., Abelson, J., Martin-Misener, R., Kaasalainen, S., Carter, N., ... Kilpatrick, K. (2010). Utilization of nurse practitioners to increase patient access to primary healthcare in Canada - Thinking outside the box. *Can J Nurs Leader*, 23, 239-259.
- Dicenso, A., Cullum, N., Ciliska, D., & Marks, S. (2000). Evidence-Based Nursing: past, present, and future. *Evid Based Nurs*, 3(1), 7-8.
- Dijkstra, R., Wensing, M., Thomas, R., Akkermans, R., Braspenning, J., Grimshaw, J., & Grol, R. (2006). The relationship between organisational characteristics and the effects of clinical guidelines on medical performance in hospitals, a meta-analysis. *BMC Health Service Res*, 6, 53. doi: 10.1186/1472-6963-6-53
- Donelan, K., DesRoches, C. M., Dittus, R. S., & Buerhaus, P. (2013). Perspectives of physicians and nurse practitioners on primary care practice. *N Engl J Med*, 368(20), 1898-1906. doi: 10.1056/NEJMsa1212938
- Doran, D., Haynes, B. R., Estabrooks, C. A., Kushniruk, A., Dubrowski, A., Bajnok, I., ... Bai, Y. Q. (2012). The role of organizational context and individual nurse characteristics in explaining variation in use of information technologies in evidence based practice. *Implement Sci*, 7, 122. doi: 10.1186/1748-5908-7-122
- Drennan, V., Andrews, S., Sidhu, R., & Peacock, R. (2006). Attracting and retaining nurses in primary care. *Br J Community Nurs*, 11(6), 242-246.
- Duke, M., & Street, A. (2003). Hospital in the home: constructions of the nursing role - a literature review. *J Clin Nurs*, 12(6), 852-859.
- Eccles, M., Grimshaw, J., Walker, A., Johnston, M., & Pitts, N. (2005). Changing the behavior of healthcare professionals: the use of theory in promoting the uptake of research findings. *J Clin Epidemiol*, 58(2), 107-112.
- Elo, S., & Kyngas, H. (2008). The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs*, 62(1), 107-115. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x
- Espitia, E. C. (2000). La fenomenología interpretativa como alternativa apropiada para estudiar los fenómenos humanos. *Investigación y educación en enfermería*, 18(1), 27-35.

- Estabrooks, C. A., Chong, H., Brigidear, K., & Profetto-McGrath, J. (2005). Profiling Canadian nurses' preferred knowledge sources for clinical practice. *Can J Nurs Res*, 37(2), 118-140.
- Estabrooks, C. A., Thompson, D. S., Lovely, J. E., & Hofmeyer, A. (2006). A guide to knowledge translation theory. *J Contin Educ Health Prof*, 26(1), 25-36.
- Estabrooks, C. A., Tourangeau, A. E., Humphrey, C. K., Hesketh, K. L., Giovannetti, P., Thomson, D., ... Shamian, J. (2002). Measuring the hospital practice environment: a Canadian context... revised Nursing Work Index (NWI-R). *Res Nurs & Health*, 25(4), 256-268.
- Estabrooks, C. A., Winther, C., & Derksen, L. (2004). Mapping the field: a bibliometric analysis of the research utilization literature in nursing. *Nurs Res*, 53(5), 293-303.
- Esteras Casanova, P. M. (2006). Los profesionales de enfermería familiar, laboral y personal. *Nurs*, 24(10), 56-61.
- FAECAP. 2014. Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria. *Comunicado conjunto de rechazo al cronograma de calendario de especialidades de enfermería propuesto por el Ministerio*. Disponible en: <http://enfermeriacomunitaria.org/web/menu-principal-item-asociacion/comunicados/961-aec.html>
- Fairall, L., Bachmann, M. O., Lombard, C., Timmerman, V., Uebel, K., Zwarenstein, M., ... Bateman, E. (2012). Task shifting of antiretroviral treatment from doctors to primary-care nurses in South Africa (STRETCH): a pragmatic, parallel, cluster-randomised trial. *Lancet*, 380(9845), 889-898. doi: 10.1016/s0140-6736(12)60730-2
- Farías, L., & Montero, M. (2005). De la transcripción y otros aspectos artesanales de la investigación cualitativa. *Int J Qual Methods*, 4(1), 14.
- Ferlie, E. B., & Shortell, S. M. (2001). Improving the quality of health care in the United Kingdom and the United States: a framework for change. *Milbank Quarterly*, 79(2), 281-315.
- FernándezRuíz, M. L., Ortíz, Arteaga, , Martínez Sanz, M. J., Bernardino, R., Fernández, F, Blázquez, S. (2013). Reflexiones y propuestas sobre enfermería. *Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Madrid (ADSPM)*.
- Fernández-de-Maya, J., & Richard-Martínez, M. (2010). Variabilidad de la práctica clínica. Situación actual y retos para enfermería. *Enf Clin*, 20(2), 114-118.

- Ferrer-Arnedo, C. (2009). La enfermería comunitaria en un modelo de gestión clínica en atención primaria. *Rev de administración sanitaria siglo XXI*, 7(2), 261-274.
- Ferrer, V., Medina, J. L., & Lloret, C. (2003). La complejidad en enfermería: profesión, gestión, formación: Laertes.
- Filippidis, F. T., Schoretsaniti, S., Dimitrakaki, C., Vardavas, C. I., Behrakis, P., Connolly, G. N., & Tountas, Y. (2014). Trends in cardiovascular risk factors in Greece before and during the financial crisis: the impact of social disparities. *Eur J Public Health*. doi: 10.1093/eurpub/cku028
- Flink, M., Öhlén, G., Hansagi, H., Barach, P., & Olsson, M. (2012). Beliefs and experiences can influence patient participation in handover between primary and secondary care-a qualitative study of patient perspectives. *BMJ Qual Saf, Suppl 1*, i76-i83.
- Flodgren, G., Rojas-Reyes, M. X., Cole, N., & Foxcroft, D. R. (2012). Effectiveness of organisational infrastructures to promote evidence-based nursing practice. *Cochrane Database Syst Rev*, 2, CD002212. doi: 10.1002/14651858.CD002212.pub2
- Forsman, H., Rudman, A., Gustavsson, P., Ehrenberg, A., & Wallin, L. (2012). Nurses' research utilization two years after graduation-a national survey of associated individual, organizational, and educational factors. *Implement Sci*, 7(1), 46. doi: 10.1186/1748-5908-7-46
- Fórum Enfermero del Mediterráneo, 2014. *Comunicado conjunto de rechazo al cronograma de calendario de especialidades de enfermería propuesto por el Ministerio*. Disponible en: <http://enfermeriadelmediterraneo.wordpress.com/2014/06/03/el-forum-enfermero-del-mediterraneo-rechaza-de-pleno-el-cronograma-de-implantacion-para-las-especialidades-de-enfermeria-propuesto-por-el-ministerio-de-sanidad/>
- Foxcroft, D., & Cole, N. (2008). Infraestructuras organizativas para la promoción de la práctica de enfermería basada en la evidencia (Revisión Cochrane traducida). *Biblioteca Cochrane Plus*, 2.
- Francis, R. (2013). Report Mid Staffordshire NHS foundation trust public inquiry: executive summary (Vol. 947): The Stationery Office.
- Fritsche, L., Greenhalgh, T., Falck-Ytter, Y., Neumayer, H. H., & Kunz, R. (2002). Do short courses in evidence based medicine improve knowledge and skills? Validation of Berlin questionnaire and before and after study of courses in evidence based medicine. *BMJ*, 325(7376), 1338-1341.

- Fuentelsaz, C., Moreno, M. T. & González, E. (2013). Validation of the Spanish version of the questionnaire Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Int J Nurs Stud*, 50(2), 274-280. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.08.001
- Fuentelsaz, C., Moreno, T., Gómez, T., & González, E. (2013a). Entorno laboral, satisfacción y burnout de las enfermeras de unidades de cuidados críticos y unidades de hospitalización. Proyecto RN4CAST-España. *Enferm Intensiva*, 24(3), 104-112.
- Funk, S. G., Champagne, M. T., Wiese, R. A., & Tornquist, E. M. (1991). BARRIERS: the barriers to research utilization scale. *Appl Nurs Res*, 4(1), 39-45.
- Galao-Malo, R. (2009). Enfermería de Práctica Avanzada en España: Ahora es el momento; Advanced Practice Nursing in Spain, now is the time. *Index Enferm*, 18(4).
- Galimany-Masclans, J., Roca-Roger, M., & Girbau-García, M. R. (2012). Las tecnologías de la información y la comunicación en los sistemas sanitarios. Un nuevo reto para la enfermera. *Metas Enferm*, 15(3), 6-10.
- Gallagher-Ford, L., Fineout-Overholt, E., Melnyk, B. M., & Stillwell, S. B. (2011). Evidence-based practice, step by step: Implementing an evidence-based practice change. *Am J Nurs*, 111(3), 54.
- Gálvez-Toro, A. (2001). Evaluación de la calidad de los diseños (III). Metaanálisis, análisis de decisión, análisis coste-efectividad y guías de práctica clínica. *Enfermería basada en la evidencia. Index. Granada: Index Enferm*.
- Gálvez-Toro, A. (2007). Enfermería basada en la evidencia: cómo incorporar la investigación a la práctica de los cuidados.
- GAPM, Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. (2011). *Perfil y competencias de la enfermera familiar y comunitaria*. Mallorca, España: GAPM
- GAPM (2006). *Procés d'atenció d'infermeria. Adopció del model conceptual de Virginia Henderson. Atenció Primària de Mallorca*. Grup de líders del Projecte de Gestió de Cures de la Gerència d'Atenció Primària de Mallorca: Implantació del model de V. Henderson. ISBN 978-84-694-1506-1. Depósito legal PM. 2958-2006. Mallorca. Atenció Primària de Mallorca.
- GAPM (2009). *Mapa de Procesos de Enfermería. Varios autores. Edición: Conselleria de Salut i Consum*. Servei de Salut. Atenció Primària de Mallorca. ISBN 978-84-692-7121-6. Depósito legal B-45634-2009: Conselleria de Salut i Consum. Servei de Salut. Atenció Primària de Mallorca.

- García-Palacios, N., García-Palacios, R., Vila-Pérez, M., Torres-Ramírez, P., & Moreno-Álvarez, M. M. (2004). Entorno clínico de la enfermera de hemodiálisis en la provincia de Cádiz. *Rev Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 7(3), 6-12.
- García-Fernández, F. P. (2012). La investigación en enfermería: ¿una realidad invisible? *Enferm Clin*, 22(6), 283-285.
- García-Millán, A., Criado-Álvarez, J. J., García del Valle, R., & Jiménez-Gregorio, R. (2012). Atención primaria y equipos de trabajo. *Rev de Innovación Sanitaria y Atención Integrada*, 4(1), 6.
- Gené, B. J. (2007). No more "clicking" on boxes. *Atención primaria/Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria*, 39(4), 169.
- Gerrish, K., Ashworth, P., Lacey, A., & Bailey, J. (2008). Developing evidence-based practice: experiences of senior and junior clinical nurses. *J Adv Nurs*, 62(1), 62-73.
- Gerrish, K., Guillaume, L., Kirshbaum, M., McDonnell, A., Tod, A., & Nolan, M. (2011). Factors influencing the contribution of advanced practice nurses to promoting evidence-based practice among front-line nurses: findings from a cross-sectional survey. *J Adv Nurs* (Journal Article).
- Gerrish, K., Nolan, M., McDonnell, A., Tod, A., Kirshbaum, M., & Guillaume, L. (2012). Factors influencing advanced practice nurses' ability to promote evidence-based practice among frontline nurses. *Worldv Evid-Based Nu*, 9(1), 30-39. doi: 10.1111/j.1741-6787.2011.00230.x
- Gervás, J. (2004). Atención Primaria de Salud en Europa: tendencias a principios del siglo XXI. Una reflexión con motivo de los XXV años de la Declaración de Alma Ata. *SEMERGEN-Medicina de Familia*, 30(5), 245-257.
- Gibb, H. (2013). An environmental scan of an aged care workplace using the PARIHS model: assessing preparedness for change. *J Nurs Manag*, 21(2), 293-303. doi: 10.1111/j.1365-2834.2012.01407.x
- Girbau-García, M. R., Galimany-Masclans, J., & Garrido-Aguilar, E. (2012). Desgaste profesional, estrés y abandono de la profesión en enfermera. *Nurs*, 30(1), 58.
- Goetz, G. D., Kuzel, A. J., Feng, L. B., DeShazo, J. P., & Love, L. E. (2012). EHRs in primary care practices: benefits, challenges, and successful strategies. *Am J Man Care*, 18(2), e48-54.
- Goetz, M. B., Bowman, C., Hoang, T., Anaya, H., Osborn, T., Gifford, A. L., & Asch, S. M. (2008). Implementing and evaluating a regional strategy to improve testing rates in

- VA patients at risk for HIV, utilizing the QUERI process as a guiding framework: QUERI Series. *Implement Science*, 3(Journal Article), 16.
- Goldman, J., Meuser, J., Lawrie, L., Rogers, J., & Reeves, S. (2010). Interprofessional primary care protocols: a strategy to promote an evidence-based approach to teamwork and the delivery of care. *J Interprof Care*, 24(6), 653-665.
- Gómez-Picard, P., & Fuster-Culebras, J. (2014). Atención a la cronicidad: desafío estratégico, macrogestión y políticas de salud. *Enferm Clin*, 24(1), 12-17.
- González-Alvarez, M. L., & Clavero-Barranquero, A. (2005). La demanda de asistencia sanitaria en España desde la perspectiva de la decisión del paciente. *Estadística española*, 47(158), 55.
- Gordon, 2012. The trouble with smiles. Disponible en:
<http://suzannegordon.com/the-trouble-with-smiles/>
- Gordon, S. (2005). *Nurs against odds: How health care cost cutting, media stereotypes, and medical hubris undermine nurses and patient care*: Cornell University Press.
- Gordon, S., & Nelson, S. (2005). An end to angels. *Am J Nurs*, 105(5), 62-69.
- Gottlieb, L., Gottlieb, B., & Shamian, J. (2012). Principles of strengths-based nursing leadership for strengths-based nursing care: a new paradigm for nursing and healthcare for the 21st century. *Nurs leadersh*, 25(2), 38-50.
- Graham, I. D., & Tetroe, J. (2009). Learning from the U.S. Department of Veterans Affairs Quality Enhancement Research Initiative: QUERI Series. *Implement Sci*, 4(Journal Article), 13.
- Graham, I. D., Logan, J., Harrison, M. B., Straus, S. E., Tetroe, J., Caswell, W., & Robinson, N. (2006). Lost in knowledge translation: time for a map? *J Contin Educ Health Prof*, 26(1), 13-24.
- Graham, K., & Logan, J. (2004). Using the Ottawa Model of Research use to implement a skin care program. *J Nurs Care Qual*, 19(1), 18-26.
- Greenhalgh, T., Hinder, S., Stramer, K., Bratan, T., & Russell, J. (2010). Adoption, non-adoption, and abandonment of a personal electronic health record: case study of HealthSpace. *Brit Med J*, 341, c5814. doi: 10.1136/bmj.c5814
- Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of Innovations in Service Organizations: Systematic Review and Recommendations. *Milbank Q*, 82(4), 581-629.

- Grimshaw, J. M., Thomas, R. E., MacLennan, G., Fraser, C., Ramsay, C. R., Vale, L., ... Donaldson, C. (2004). Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Tech Assessment*, 8(6), 1-72.
- Grissom, N. (2009). Model for consideration: retaining the experienced aging workforce in home care. *Home Healthc Nurs*, 27(1), 60-63.
- Grol, R., & Grimshaw, J. (2003). From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet*, 362(9391), 1225-1230.
- Grupo de trabajo de la gestión de la demanda espontánea (2012). *Guia d'Intervencions d'Infermeria a Problemes de Salut. EAP Can Bou*. Castelldefels Agents de Salut (CASAP). Barcelona
- Grupo de trabajo sobre implementación de GPC (2009). *Implementación de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico*. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto Aragonés de Ciencias Metodológico. Instituto Aragonés de Ciencias
- Guerra, L., Lopez, R., & Paramo, J. A. (1996). La medicina basada en la evidencia: un intento de acercar la ciencia al arte de la práctica clínica. *Med Clin*, 107(10), 377-382.
- Guyatt, G., Cairns, J., Churchill, D., Cook, D., Haynes, B., Hirsh, J., ... Nishikawa, J. (1992). Evidence-based medicine: a new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA*, 268(17), 2420-2425.
- Ham, C., Hunter, D. J., & Robinson, R. (1995). Evidence based policymaking. *BMJ*, 310(6972), 71.
- Hanrahan, N. P. (2007). Measuring inpatient psychiatric environments: psychometric properties of the Practice Environment Scale-Nursing Work Index (PES-NWI). *Int J Psychiatr Nurs Res*, 12(3), 1521-1528.
- Harper, E. M. (2011). Staffing based on evidence: can health information technology make it possible? *Nurs Econ*, 30(5), 262-267, 281.
- Hart, P., Eaton, L., Buckner, M., Morrow, B. N., Barrett, D. T., Fraser, D. D., ... Sharrer, R. L. (2008). Effectiveness of a Computer-Based Educational Program on Nurses' Knowledge, Attitude, and Skill Level Related to Evidence-Based Practice. *Worldv Evid-Based Nu*, 5(2), 75-84.
- Harvey, G., Loftus-Hills, A., Rycroft-Malone, J., Titchen, A., Kitson, A., McCormack, B., & Seers, K. (2002). Getting evidence into practice: the role and function of facilitation. *J Adv Nurs*, 37(6), 577-588.

- Havens, D. S., & Aiken, L. H. (1999). Shaping systems to promote desired outcomes: the magnet hospital model. *J Nurs Administration*, 29(2), 14.
- Havens, D. S., Labov, T. G., Faura, T., & Aiken, L. H. (2002). The clinical environment of hospital nursing. *Enferm Clin*, 12(1), 13-21.
- Health, D. o. (1999). Making a difference: strengning nurs, midwifery and health visiting contribution to health and healthcare: The Stationary Office London.
- Helfrich, C. D., Damschroder, L. J., Hagedorn, H. J., Daggett, G. S., Sahay, A., Ritchie, M., ... Stetler, C. B. (2010). A critical synthesis of literature on the promoting action on research implementation in health services (PARIHS) framework. *Implement Sci*, 5, 82. doi: 10.1186/1748-5908-5-82
- Henderson, V.A. (1993). La práctica de enfermería y la preparación de la enfermera. *Enfermería teórica y práctica. Papel de la enfermera en la atención del paciente VV*. T México, DF: Ediciones Científicas de la Prensa Médica Mexicana, 37-40.
- Henderson, V. A. (1994). La naturaleza de la enfermería: una definición y sus repercusiones en la práctica, la investigación y la educación: reflexiones 25 años después. Madrid: Interamericana-McGraw Hill, España
- Hernández-Yáñez, J. F. (2010). *La enfermería frente al espejo: mitos y realidades. Documentos de trabajo (Laboratorio de alternativas)*. Madrid: Fundación Alternativas. Disponible en:
<http://www.falternativas.org/laboratorio/documentos/documentos-de-trabajo/la-enfermeria-frente-al-espejo-mitos-y-realidades>
- Hernández-Yáñez, J. F. (2011). Especialidades y Enfermería de Práctica Avanzada ¿Qué significa Enfermería de Práctica Avanzada hoy y aquí?
- Hernández-Yáñez, J. F. (2013). Convicciones y conveniencias. L. Bucanera (Ed.) Profesionales sanitarias y relaciones de poder
- Hoare, K. J., Mills, J., & Francis, K. (2011). The role of Government policy in supporting nurse-led care in general practice in the United Kingdom, New Zealand and Australia: an adapted realist review. *J Adv Nurs*, 68(5), 963-980.
- Hoffart, N., & Woods, C. Q. (1996). Elements of a nursing professional practice model. *J Professional Nurs*, 12(6), 354-364.
- Hogan, D. L., & Logan, J. (2004). The Ottawa Model of Research Use: a guide to clinical innovation in the NICU. *J Adv Nurs Pract*, 18(5), 255-261.

- Holmes, D., Murray, S. J., Perron, A., & Rail, G. (2006). Deconstructing the evidence-based discourse in health sciences: truth, power and fascism. *Int J Evid Based Healthc*, 4(3), 180-186.
- Hoskins, R. (2012). Interprofessional working or role substitution? A discussion of the emerging roles in emergency care. *J Adv Nurs*, 68(8), 1894-1903. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05867.x
- Howie, J., Metcalfe, D., & Walker, J. (2008). The state of general practice—not all for the better. *BMJ*, 336(7656), 1310-1310.
- Hsieh, H. F., & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res*, 15(9), 1277-1288.
- Hunt, J. M. (1996). Barriers to research utilization. *J Adv Nurs*, 23(3), 423-425.
- Husserl, E. (1992). Fenomenología. En *Invitación a la fenomenología* (35-73). Barcelona: Paidós. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/7177836/Husserl-El-Articulo-Fenomenologia-de-La-Enciclopedia-Britanica>
- Iglehart, J. K. (2013). Expanding the role of advanced nurse practitioners—risks and rewards. *N Engl J Med*, 368(20), 1935-1941.
- InfoGrecia 2014. *Grecia. Aprobada la disolución del Sistema público de Atención Primaria. Miles de despedidos. Convocatoria de huelga indefinida*. Disponible en: <http://info-grecia.com/2014/02/08/grecia-aprobada-la-disolucion-del-sistema-publico-de-atencion-primaria-miles-de-despedidos-convocatoria-de-huelga-indefinida/>
- Ingersoll, G. L. (2000). Evidence-based nursing: what it is and what it isn't. *Nurs Outlook*, 48(4), 151-152.
- Intranet ssib. *Intranet del Servei de Salut de les Illes Balears*. Disponible en: <http://www.ibsalut.es/ibsalut/es/profesionales>
- IOM (2011). Institute of Medicine. W., DC: The National Academies Press. The future of nursing. Leading change, advancing health. *Colo Nurse*, 111(1), 1, 6-7.
- Jefatura del Estado (1999) Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. BOE núm. 298 de 14 de diciembre de 1999.
- Jefatura del Estado (2003). Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. BOE núm. 280 de 22 de noviembre de 2003.
- Jefatura del Estado (2005). Real Decreto 450/2005 sobre especialidades en Enfermería. BOE núm. 108 de 6 de mayo de 2005.

- Jefatura del Estado (2009) Ley 28/2009, de 30 de diciembre, de modificación de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. BOE núm. 315 de 31 de diciembre de 2009.
- Jefatura del Estado (2012). Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de Abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. BOE núm. 98, de 24 de abril de 2012.
- Jefatura del estado 1986. *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad*. BOE núm 101 de 29 de abril de 1986
- Jha, A. K. (2013). Time to get serious about pay for performance. *JAMA*, 309(4), 347-348. doi: 10.1001/jama.2012.196646
- Jiménez, J., García, J. F., Martín, J. L., & Bermúdez-Tamayo, C. (2007). Tendencias en el uso de Internet como fuente de información sobre salud. *UOC Papers*(4), 10.
- Johnson, J. K., Farnan, J. M., Barach, P., Hesselink, G., Wollersheim, H., Pijnenborg, L., ... Arora, V. M. (2012). Searching for the missing pieces between the hospital and primary care: mapping the patient process during care transitions. *BMJ Qual Saf*, 0, 1-9.
- Jones, K., Edwards, M., & While, A. (2011). Nurse prescribing roles in acute care: an evaluative case study. *J Adv Nurs*, 67(1), 117-126. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05490.x
- Jovella, A. J., & Navarro-Rubiob, M. D. (1995). Evaluación de la evidencia científica. *Med Clin (Barc)*, 105, 740-743.
- Joyce, C. M., & Piterman, L. (2011). The work of nurses in Australian general practice: A national survey. *Int J Nurs Stud*, 48(1), 70-80.
- Juvé-Udina, M. E., Farrero-Muñoz, S., Monterde-Prat, D., Hernández-Villen, O., Sistac-Robles, M., Rodríguez-Cala, A., ... Martín, A. I. (2007). Analysis of an organisational context in nursing practice. The Nursing Work Index in public hospitals [Spanish]. *Metas Enferm*, 10(7), 67-73.
- Kim, S. C., Brown, C. E., Ecoff, L., Davidson, J. E., Gallo, A. M., Klimpel, K., & Wickline, M. A. (2013). Regional evidence-based practice fellowship program: impact on evidence-based practice implementation and barriers. *Clin Nurs Res*, 22(1), 51-69. doi: 10.1177/1054773812446063
- Kirsch, B. (2012). America takes action on disease prevention. *Lancet*, 380(9843), 715-716.

- Kitson, A. L., Rycroft-Malone, J., Harvey, G., McCormack, B., Seers, K., & Titchen, A. (2008). Evaluating the successful implementation of evidence into practice using the PARiHS framework: theoretical and practical challenges. *Implement Sci : IS*, 3(Journal Article), 1.
- Kitson, A., Harvey, G., & McCormack, B. (1998). Enabling the implementation of evidence based practice: a conceptual framework. *Qual Health Care*, 7(3), 149-158.
- Koehn, M. L., & Lehman, K. (2008). Nurses' perceptions of evidence-based nursing practice. *J Adv Nurs*, 62(2), 209-215. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04589.x
- Kondilis, E., Giannakopoulos, S., Gavana, M., Ierodiakonou, I., Waitzkin, H., & Benos, A. (2013). Economic crisis, restrictive policies, and the population's health and health care: the Greek case. *Am J Public Health*, 103(6), 973-979. doi: 10.2105/ajph.-2012.301126
- Kramer, M., & Hafner, L. P. (1989). Shared values: impact on staff nurse job satisfaction and perceived productivity. *Nurs Res*, 38(3), 172-177.
- Kramer, M., & Schmalenberg, C. (1988a). Magnet hospitals part II: Institutions of excellence. *J Nurs Administration*, 18(2), 11.
- Kramer, M., & Schmalenberg, C. (1988b). Magnet hospitals: Part I. Institutions of excellence. *J Adv Nurs*, 18(1), 13-24.
- Kramer, M., & Schmalenberg, C. (2004a). Essentials of a magnetic work environment: part 1. *Nursing*, 34(6), 50-54.
- Kramer, M., & Schmalenberg, C. (2004b). Essentials of a magnetic work environment: part 2. *Nursings*, 34(7), 44-47.
- Kramer, M., & Schmalenberg, C. (2008). The practice of clinical autonomy in hospitals: 20 000 nurses tell their story. *Crit Care Nurs*, 28(6), 58-71.
- Kramer, M., & Schmalenberg, C. (2008a). Confirmation of a Healthy Work Environment. *Critical Care Nurs*, 28(2), 56-63.
- Kramer, M., Schmalenberg, C., & Maguire, P. (2004a). Essentials of a magnetic work environment: part 3. *Nurings*, 34(8), 44-47.
- Kramer, M., Schmalenberg, C., & Maguire, P. (2004b). Essentials of a magnetic work environment: part 4. *Nursing*, 34(9), 44-48.
- Kuhn, T. S. (1971). The relations between history and history of science. *Daedalus*, 100, 271-304.

- Kuhn, T. S. (2012). *Structure scientific revolutions*: University of Chicago press.
- Kurtzman, E. T., & Corrigan, J. M. (2007). Measuring the contribution of nursing to quality, patient safety, and health care outcomes. *Policy Polit Nurs Pract*, 8(1), 20-36. doi: 10.1177/1527154407302115
- Lake, E. T. (2002). Development of the practice environment scale of the Nursing Work Index. *Res Nurs Health*, 25(3), 176-188. doi: 10.1002/nur.10032
- Laurant, M., Reeves, D., Hermens, R., Braspenning, J., Grol, R., & Sibbald, B. (2004). Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database Syst Rev*, 4.
- Leach, M. J., & Gillham, D. (2008). Evaluation of the Evidence-Based practice Attitude and utilization SurVEy for complementary and alternative medicine practitioners. *J Eval Clin Pract*, 14(5), 792-798.
- Legido-Quigley, H., Urdaneta, E., Gonzalez, A., La Parra, D., Muntaner, C., Alvarez-Dardet, C., ... McKee, M. (2013). Erosion of universal health coverage in Spain. *Lancet*, 382(9909), 1977. doi: 10.1016/s0140-6736(13)62649-5
- Levin, R. F., Fineout-Overholt, E., Melnyk, B. M., Barnes, M., & Vetter, M. J. (2011). Fostering Evidence-Based Practice to Improve Nurse and Cost Outcomes in a Community Health Setting: A Pilot Test of the Advancing Research and Clinical Practice Through Close Collaboration Model. *Nurs Admin Q*, 35(1), 21.
- Li, Y. F., Lake, E. T., Sales, A. E., Sharp, N. D., Greiner, G. T., Lowy, E., ... Sochalski, J. A. (2007). Measuring nurses' practice environments with the revised nursing work index: evidence from registered nurses in the Veterans Health Administration. *Res Nurs Health*, 30(1), 31-44.
- Liatis, S., Sfrikakis, P., Tsiakou, A., Stathi, C., Terpos, E., Katsilambros, N., & Makrilakis, K. (2014). Baseline osteocalcin levels and incident diabetes in a 3-year prospective study of high-risk individuals. *Diab Metab*.
- Lindblad, E., Hallman, E. B., Gillsjo, C., Lindblad, U., & Fagerstrom, L. (2010). Experiences of the new role of advanced practice nurses in Swedish primary health care--a qualitative study. *Int J Nurs Pract*, 16(1), 69-74. doi: 10.1111/j.1440-172X.2009.01810.x
- Liou, S. R., & Cheng, C. Y. (2009). Using the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index on Asian nurses. *Nurs Res*, 58(3), 218-225.

- Logan, J., & Graham, I. D. (1998). Toward a comprehensive interdisciplinary model of health care research use. *Sci Comm*, 20(Journal Article), 227-246.
- Logan, J., Harrison, M. B., Graham, I. D., Dunn, K., & Bissonnette, J. (1999). Evidence-based pressure-ulcer practice: the Ottawa Model of Research Use. *Can J Nurs Res*, 31(1), 37-52.
- López-Alonso, S. R. (2005). Pilot study for the validation of a nursing practice environment scale at the San Cecilio Hospital [Spanish]. *Enferm Clin*, 15(1), 8-16.
- Lowe, G., Plummer, V., O'Brien, A. P., & Boyd, L. (2012). Time to clarify—the value of advanced practice nursing roles in health care. *J Adv Nurs*, 68(3), 677-685.
- Lucero, R. J., Lake, E. T., & Aiken, L. H. (2009). Variations in nursing care quality across hospitals. *J Adv Nurs*, 65(11), 2299-2310.
- Lundmark, V. A., & Hickey, J. V. (2006). The Magnet Recognition Program: understanding the appraisal process. *J Nurs Care Qual*, 21(4), 290-294.
- Lundmark, V. A. (2008). Magnet Environments for Professional Nurs Practice. En P. Ronda G Hughes, MHS, RN Ed. Publication No.: 08-0043 ed.). Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. Capítulo 46. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US).
- Lusardi, P. (2012). So you want to change practice: recognizing practice issues and channeling those ideas. *Crit Care Nurse*, 32(2), 55-64. doi: 10.4037/ccn2012899
- Maben, J., Latter, S., & Clark, J. M. (2007). The sustainability of ideals, values and the nursing mandate: evidence from a longitudinal qualitative study. *Nurs Inq*, 14(2), 99-113. doi: 10.1111/j.1440-1800.2007.00357.x
- Makic, M. B. F., VonRueden, K. T., Rauen, C. A., & Chadwick, J. (2011). Evidence-based practice habits: putting more sacred cows out to pasture. *Crit Care Nurse*, 31(2), 38-61; quiz 62. doi: 10.4037/ccn2011908
- Manojlovich, M. (2005). Linking the practice environment to nurses' job satisfaction through nurse-physician communication. *J Nurs Scholarsh*, 37(4), 367-373.
- March-Cerdá, J. C., Oviedo-Joekes, E., Romero-Vallecillos, M., Prieto-Rodríguez, M. Á., & Danet, A. (2009). Mapa emocional de equipos de atención primaria en Andalucía. *Aten Primaria*, 41(2), 69-73.
- Marek, K. D. (1997). Measuring the effectiveness of nursing care. *Outcome Manag Nurs Pract*, 1(1), 8-12; quiz 13.

- Mark, B. A., Salyer, J., & Wan, T. T. (2003). Professional nursing practice: impact on organizational and patient outcomes. *J Adv Nurs*, 33(4), 224-234.
- Martín-Santos, F. J., Morales-Asencio, J. M., Gonzalo-Jiménez, E., & Morilla-Herrera, J. C. (2003). Nurse practitioners frente a médicos en atención primaria: igual efectividad y pacientes más satisfechos [Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *BMJ* 2002 324:819-23]. *Gestión Clínica y Sanitaria*, 5(1), 8.
- Martínez-Riera, J. R. (2003). Barreras e instrumentos facilitadores de la enfermería basada en la evidencia. *Enferm Clin*, 13(5), 303-308.
- McBride, S., Delaney, J. M., & Tietze, M. (2012). Health information technology and nursing. *Am J Nurs*, 112(8), 36-42.
- McCaughan, D., Thompson, C., Cullum, N., Sheldon, T., & Raynor, P. (2005). Nurse practitioner and practice nurses' use of research information in clinical decision making: findings from an exploratory study. *Fam Pract*, 22(5), 490-497.
- McCormack, B., Kitson, A., Harvey, G., Rycroft-Malone, J., Titchen, A., & Seers, K. (2002). Getting evidence into practice: the meaning of 'context'. *J Adv Nurs*, 38(1), 94-104.
- McCrae, N. (2012). Evidence-based practice: For better or worse. *Int J Nurs Stud*, 49(9), 1051-1053.
- McCusker, J., Dendukuri, N., Cardinal, L., Laplante, J., & Bambonye, L. (2004). Nursing work environment and quality of care: differences between units at the same hospital. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv*, 17(6), 313-322.
- McHugh, M. D., Kelly, L. A., Smith, H. L., Wu, E. S., Vanak, J. M., & Aiken, L. H. (2013). Lower mortality in magnet hospitals. *Med Care*, 51(5), 382-388. doi: 10.1097/MLR.0b0-13e3182726cc5
- McKenna, H., Ashton, S., & Keeney, S. (2004). Barriers to evidence-based practice in primary care. *J Adv Nurs*, 45(2), 178-189.
- McKenna, H., Ashton, S., & Keeney, S. (2004a). Barriers to evidence based practice in primary care: a review of the literature. *Int J Nurs Stud*, 41(4), 369-378.
- McPheeters, M., & Lohr, K. (1998). Evidence-based practice and nursing: commentary. *Outcome Manag Nurs Pract*, 3(3), 99-101.

- Medina, E. U., Valenzuela, C. R., Pinto, C. T., & Vidal, M. R. (2010). Enfermería basada en la evidencia: qué es sus características y dilemas. *Investigación y educación en enfermería*, 28(1), 108-118.
- Meijers, J. M., Janssen, M. A., Cummings, G. G., Wallin, L., Estabrooks, C. A., & Y G Halfens, R. (2006). Assessing the relationships between contextual factors and research utilization in nursing: systematic literature review. *J Adv Nurs*, 55(5), 622-635. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.03954.x
- Melnyk, B. M., Fineout-Overholt, E., Feinstein, N. F., Sadler, L. S., & Green-Hernández, C. (2008). Nurse practitioner educators' perceived knowledge, beliefs, and teaching strategies regarding evidence-based practice: implications for accelerating the integration of evidence-based practice into graduate programs. *J Prof Nurs*, 24(1), 7-13. doi: 10.1016/j.profnurs.2007.06.023
- Melnyk, B. M., Fineout-Overholt, E., Gallagher-Ford, L., & Kaplan, L. (2012). The state of evidence-based practice in US nurses: critical implications for nurse leaders and educators. *J Adv Nurs*, 42(9), 410-417. doi: 10.1097/NNA.0b013e3182664e0a
- Melnyk, B. M., Fineout-Overholt, E., Gallagher-Ford, L., & Stillwell, S. B. (2011). Evidence-based practice, step by step: sustaining evidence-based practice through organizational policies and an innovative model. *Am J Nurs*, 111(9), 57-60. doi: 10.1097/01.NAJ.0000405063.97774.0e
- Melnyk, B. M., Fineout-Overholt, E., Stillwell, S. B., & Williamson, K. (2009). Igniting a spirit of inquiry: an essential foundation for evidence-based practice. *Am J Nurs*, 109(11), 49-52.
- Melnyk, B. M., Fineout-Overholt, E., Stillwell, S. B., & Williamson, K. M. (2010). Evidence-based practice: step by step: the seven steps of evidence-based practice. *Am J Nurs*, 110(1), 51.
- Melnyk, B. M., Hrabe, D. P., & Szalacha, L. A. (2013). Relationships among work stress, job satisfaction, mental health, and healthy lifestyle behaviors in new graduate nurses attending the nurse athlete program: a call to action for nursing leaders. *Nurs Adm Q*, 37(4), 278-285. doi: 10.1097/NAQ.0b013e3182a2f963
- Meraviglia, M., Grobe, S. J., Tabone, S., Wainwright, M., Shelton, S., Miner, H., & Jordan, C. (2009). Creating a positive work environment: implementation of the nurse-friendly hospital criteria. *J Adv Nurs*, 39(2), 64-70.

- Middleton, S., Griffiths, R., Fernández, R., & Smith, B. (2008). Nursing practice environment: how does one Australian hospital compare with magnet hospitals? *Int J Nurs Pract*, 14(5), 366-372.
- Milne, J., & Oberle, K. (2005). Enhancing Rigor in Qualitative Description. *J Wound Ostomy Continence Nurs*, 32(6), 413-420.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2001). ORDEN. de 4 de diciembre de 2001 por la que se convoca proceso extraordinario de consolidación de empleo para la selección y provisión de plazas de ATS/DUE en las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social dependientes del Instituto Nacional de la Salud. BOE núm.295 de 10 de diciembre de 2001.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). ORDEN SCO/4197/2006, de 22 de diciembre, por la que se nombra personal estatutario fijo y se asignan plazas de A.T.S./D.U.E. BOE núm. 13 de lunes 15 de enero de 2007.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2010). *Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud*. Disponible en: <http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/home.htm>.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014). Propuesta de cronograma para la creación, implantación y dotación de plazas de las categorías de enfermeros-as especialistas en los distintos servicios de salud.
- Miró, M., Gastaldo, D., Nelson, S., & Gallego, G. (2012). Spanish nursing under Franco: reinvention, modernization and repression (1956-1976). *Nurs Inq*, 19(3), 270-280. doi: 10.1111/j.1440-1800.2011.00565.x
- Mold, J. W., & Peterson, K. A. (2005). Primary care practice-based research networks: working at the interface between research and quality improvement. *Ann Fam Med*, 3 Suppl 1, S12-20. doi: 10.1370/afm.303
- Moorer, O. W., Meterko, M., Alt-White, A. C., & Sullivan, J. L. (2010). Adding a nursing information technology subscale to the practice environment scale of the Nursing Work Index. *Res in Nurs Health*, 33(1), 48-59.
- Moosvi, K., & Levin, R. F. (2013). Using evidence to influence health policy. *Res Theory Nurs Pract*, 27(3), 153.
- Morales-Asencio, J. M. (2008). ¿Qué hace que las enfermeras utilicen resultados de investigación con sus pacientes? *Evidentia*, 5(19)

- Morales-Asencio, J. M., Morilla-Herrera, J. C., Martín-Santos, F. J., Gonzalo-Jiménez, E., & Terol-García, E. (2003). La dotación de enfermeras en los hospitales influye sobre la mortalidad de los pacientes, así como sobre la satisfacción en el trabajo y burn-out de las profesionales. *Gestión Clínica y Sanitaria*, 5(2)(Journal Article), 56.
- Morales-Asencio, J. M., Morilla-Herrera, J. C., & Martín-Santos, F. J. (2007). Recursos humanos en los Servicios de Salud:¿ decisiones políticas o política de decisiones? Health care staff: political decisions or policy of decision making? *Index Enferm*, 16(Journal Article), 56.
- Moreland, P. J., Gallagher, S. U. E., Bena, J. F., Morrison, S., & Albert, N. M. (2012). Nursing Satisfaction With Implementation of Electronic Medication Administration Record. *Comput Inform Nurs*, 30(2), 97-103 110.1097/NCN.1090b1013e318224b318254e.
- Moreno-Casbas, T., Fuentelsaz-Gallego, C., Gil-de-Miguel, A., González-María, E., & Clarke, S. P. (2011). Spanish nurses' attitudes towards research and perceived barriers and facilitators of research utilisation: a comparative survey of nurses with and without experience as principal investigators. *J Clin Nurs*, 20(13-14), 1936-1947. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03656.x
- Moreno-Casbas, T., Fuentelsaz-Gallego, C., González-María, E., & Gil-de-Miguel, Á. (2010). Barreras para la utilización de la investigación. Estudio descriptivo en profesionales de enfermería de la práctica clínica y en investigadores activos. *Enferm Clin*, 20(3), 153-164.
- Moss, F. (2013). Learning from failings in healthcare: a challenge for all healthcare systems. *Postgrad Med J*, 89(1056), 551-553.
- Mullen, C. (2013). Cavendish: what is the prospect for genuine change? *Br J Healthc Ass*, 7(10), 500-501.
- Muntaner, C., Ng, E., & Chung, H. (2012). Better Health: An analysis of public policy and programming focusing on the determinants of health and health outcomes that are effective in achieving the healthiest populations. Canadian Health Services Research Foundation (CHSRF). Ottawa, Ontario. Disponible en: <http://www.cfhfrcass.ca/publicationsandresources/researchreports/ArticleView/12-06-18/dced281f-7884-4d36-8b0f-a797aa7eec41.aspx>
- Munten, G., Van Den Bogaard, J., Cox, K., Garretsen, H., & Bongers, I. (2010). Implementation of Evidence-Based Practice in Nursing Using Action Research: A Review. *World Evid-Based Nurs*, 7(3), 135-157.

- Murchy, D. M. (2009). What are critical attributes and benefits a high-quality primary healthcare system? : Canadian Health Services Research Foundation.
- National Advisory Group on the Safety of Patients in England (2013). *A promise to learn- a commitment to act. Improving Safety Patients in England*. Department of Health, August 2013.
- Navarro-López, V., & Amando Martín-Zurro, A. (2009). Proyecto de investigación: La Atención Primaria de Salud en España y sus comunidades autónomas. Semfyc ediciones. Barcelona
- Observatorio EBE 2006. Introducción a la EBE. Fundación INDEX. Disponible en: <http://www.index-f.com/oebe/introebe.php>
- O'Haver, J., Jacobson, D., Kelly, S., & Melnyk, B. M. (2014). Relationships among factors related to body mass index, healthy lifestyle beliefs and behaviors, and mental health indicators for youth in a title 1 school. *J Pediatr Health Care*, 28(3), 234-240. doi: 10.1016/j.pedhc.2013.02.005
- Ojeda, J. J., Campo, J. M. F., & Camacho, J. G. (2006). La coordinación entre Atención Primaria y Especializada: ¿Reforma del sistema sanitario o reforma del ejercicio profesional? *Rev Admin Sanit*, 4(2), 357-382.
- Oltra-Rodríguez, E., Riestra-Rodríguez, R., Alonso-Perez, F., Garcia-Valle, J. L., Martinez-Suarez, M. M., & Miguelez-Lopez, R. (2007). [Difficulties and opportunities for research as perceived by nurses in Asturias (Spain)]. *Enferm Clin*, 17(1), 3-9.
- OMS (1979). Formulating strategies for health for all by year 2000: guiding principles and essential issues, document Executive Board World Health Organization. Oficina regional europea de la OMS. España. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- OMS (1998). Salud para todos en el siglo XXI. Health21: an introduction to health for all policy frameworks for WHO European Region. European Health for All Series nº 5. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- OMS (2013) Towards Universal Health Coverage: concepts, lessons and public policy challenges. *Rev Esp Salud Publica*, 87, 3-9.
- Oranta, O., Routasalo, P., & Hupli, M. (2002). Barriers to and facilitators of research utilization among Finnish registered nurses. *J Clin Nurs*, 11(2), 205-213.
- Orr, G. (2003). Diffusion of innovations, by Everett Rogers (1995). Retrieved September, 25, 2005.

- Ortega-Calvo, M., Santos, J. M., & Lapetra, J. (2012). La animación científica en atención primaria. *Aten Primaria*, 44(9), 549-554.
- Ortún, V. (2012). *La refundación de la Atención Primaria*: Ed: Springer Healthcare. Barcelona, 2001
- Ortun, V. (2013). La Enfermería en el mundo que viene [Nursing in the world to come]. *Enferm Clin*, 23(2), 45-47. doi: 10.1016/j.enfcli.2013.02.001
- Oxman, A. D., Fretheim, A., & Flottorp, S. (2005). The OFF theory of research utilization. *J Clin Epidemiol*, 58(2), 113-116; discussion 117-120.
- Parahoo, K. (2000). Barriers to, and facilitators of, research utilization among nurses in Northern Ireland. *J Adv Nurs*, 31(1), 89-98.
- Parro-Moreno, A., Serrano-Gallardo, P., Ferrer-Arnedo, C., Serrano-Molina, L., de la Puerta-Calatayud, M. L., Barberá-Martín, A., ... de Pedro-Gómez, J. (2013). Influence of socio-demographic, labour and professional factors on nursing perception concerning practice environment in Primary Health Care. *Aten Primaria*, 45(9), 476-485.
- Patrnchak, J. M. (2013). Building an engaged workforce at Cleveland Clinic. *J Health Leadersh*, 5, 9-20.
- Peiró, S., & Bernal, E. (2006). ¿ A qué incentivos responde la utilización hospitalaria en el Sistema Nacional de Salud. *Gac Sanit*, 20(Supl 1), 110-116.
- Pérez Andrés, C. (2002). Sobre la metodología cualitativa. *Rev Esp Salud Publica*, 76(5), 373-380.
- Pérez García, R. (2012). Valoración de la carrera profesional en sus Diferentes dimensiones y aplicación al Personal sanitario del Sistema Nacional de Salud Español. (Tesis doctoral). Departamento de sociología III. Facultad ciencias políticas y sociología. Universidad nacional de educación a distancia.
- Pierson, M. A., Liggett, C., & Moore, K. S. (2010). Twenty Years of Experience With a Clinical Ladder: A Tool for Professional Growth, Evidence-Based Practice, Recruitment, and Retention. *J Contin Educ Nurs*, 41(1), 33.
- Pipe, T. B., Timm, J. A., Harris, M. R., Frusti, D. K., Tucker, S., Attlesey-Pries, J. M., ... Scherb, C. (2009). Implementing a Health System-Wide Evidence-Based Practice Educational Program to Reach Nurses with Various Levels of Experience and Educational Preparation. *Evid-Based Pract*, 44(1), 43-55.

- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2010). Generalization in quantitative and qualitative research: myths and strategies. *Int J Nurs Stud*, 47(11), 1451-1458.
- Portal Guía Salud Biblioteca de Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud. Disponible en: <http://portal.guiasalud.es/web/guest/home;jsessionid=08c4bee12396a53303e764356c74>
- Porter-O'Grady, T., Alexander, D. R., Blaylock, J., Minkara, N., & Surel, D. (2006). Constructing a team model: creating a foundation for evidence-based teams. *Nurs Adm Q*, 30(3), 211-220.
- Pravikoff, D. S., Tanner, A. B., & Pierce, S. T. (2005). Readiness of U.S. nurses for evidence-based practice. *Am J Nurs*, 105(9), 40-51; quiz 52.
- Profetto-McGrath, J., Smith, K. B., Hugo, K., Taylor, M., & El-Hajj, H. (2007). Clinical nurse specialists' use of evidence in practice: a pilot study. *Worldviews Evidence-Based Nurs*, 4(2), 86-96.
- Pype, P., Symons, L., Wens, J., Van den Eynden, B., Stess, A., Cherry, G., & Deveugele, M. (2012). Healthcare professionals' perceptions toward interprofessional collaboration in palliative home care: A view from Belgium. *J InterprCare*. doi: 10.3109/1356-1820.2012.745488
- Ramos, K. D., Schafer, S., & Tracz, S. M. (2003). Validation of the Fresno test of competence in evidence based medicine. *BMJ*, 326(7384), 319-321.
- Retsas, A. (2000). Barriers to using research evidence in nursing practice. *J Adv Nurs*, 31(3), 599-606.
- Ritzer, G. (2006). *Teoría sociológica moderna*: Mc Graw Hill / Interamericana de España
- Rodríguez, J., Agra, Y., Colomer, C., & Ignacio, E. (2009). Política sanitaria para la excelencia clínica y cuidados seguros. El proyecto SENECA. *Metas Enferm*, 12(8), 26.
- Rogers Everett, M. (1995). *Diffusion of Innovations: modifications of a model for telecommunications*. Springer. New York.
- Rosenberg, W., & Donald, A. (1995). Evidence based medicine: an approach to clinical problem-solving. *BRIT MED J*, 310(6987), 1122-1126.
- Rudman, A., Gustavsson, P., Ehrenberg, A., Bostrom, A. M., & Wallin, L. (2012). Registered nurses' evidence-based practice: A longitudinal study of the first five years after graduation. *Int J Nurs Stud*.

- Ruzafa-Martínez, M., González-María, E., Moreno-Casbas, T., del Río Faes, C., Albornos-Muñoz, L., & Escandell-García, C. (2011). Proyecto de implantación de Guías de Buenas Prácticas en España 2011-2016. *Enferm Clin*, 21(5), 275-283.
- Ruzafa-Martínez, M., López-Iborra, L., & Madrigal-Torres, M. (2011a). Attitude towards Evidence-Based Nursing Questionnaire: development and psychometric testing in Spanish community nurses. *J Eval Clin Pract*, 17(4), 664-670. doi: 10.1111/j.1365-2753.2011.01677.x
- Rycroft-Malone, J. (2004). The PARIHS framework--a framework for guiding the implementation of evidence-based practice. *J Nurs Care Qual*, 19(4), 297-304.
- Rycroft-Malone, J. (2007). Theory and knowledge translation: setting some coordinates. *Nurs Res*, 56(4 Suppl), S78-85.
- Rycroft-Malone, J. (2008). Evidence-informed practice: from individual to context. *J Nurs Manag*, 16(4), 404-408. doi: 10.1111/j.1365-2834.2008.00859.x
- Rycroft-Malone, J., Kitson, A., Harvey, G., McCormack, B., Seers, K., Titchen, A., & Estabrooks, C. (2002). Ingredients for change: revisiting a conceptual framework. *Qual Saf Health Care*, 11(2), 174-180.
- Rycroft-Malone, J., Seers, K., Chandler, J., Hawkes, C. A., Crichton, N., Allen, C., ... Strunin, L. (2013). The role of evidence, context, and facilitation in an implementation trial: implications for the development of the PARIHS framework. *Implement Sci*, 8, 28. doi: 10.1186/1748-5908-8-28
- Sackett, D. L., Rosenberg, W., Gray, J. A., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*, 312(13), 71-72.
- Sackett, D. L., Straus, S. E., Richardson, W. S., Rosenberg, W., & Haynes, R. B. (2000). How to practice and teach EBM. *Edinburgh: Churchill Livingstone*.
- Samitier, P. J. (2010). Relaciones y expectativas de la Enfermera Comunitaria, la Gestora de casos y la futura Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. . *Biblioteca Lascasas*, 6(3).
- Sánchez- López, M. C., Madrigal-de-Torres, M., Sánchez-Sánchez, J. A., Menárguez-Puche, J. F. & Aguinaga-Ontoso, E. (2010). What do general practitioners think about evidenced-based medicine? A study with focus groups]. *Aten Primaria*, 42(10), 1578-1275.
- Sancho-Viudes, S., Vidal-Thomás, C., Cañellas-Pons, R., Caldés-Pinilla, M. J., Corcoll-Reixach, J., & Ramos-Montserrat, M. (2002). Análisis de situación y propuestas de mejora en

- enfermería de Atención Primaria de Mallorca: Un estudio con grupos focales. [Current status analysis and suggestions for improvement in primary care nursing in Mallorca, Spain: a research with focal groups]. *Rev Esp Salud Publica*, 76(5), 531-543.
- Sangster-Gormley, E., Martin-Misener, R., Downe-Wamboldt, & DiCenso, A. (2011). Factors affecting nurse practitioner role implementation in Canadian practice settings: an integrative review. *J Adv Nurs*, 67(6), 1178-1190.
- Sarrado, J.J., Clèries, X., Ferrer, M., & Kronfly, E. (2004). Evidencia científica en medicina: ¿única alternativa? *Gac Sanit*, 18(3), 235-244.
- SATSE, 2014. Sindicato de Enfermería SATSE. Comunicado de prensa de rechazo a la propuesta del Ministerio de Sanidad sobre la implantación de especialidades de enfermería. Disponible en: <http://madrid.satse.es/comunicacion/sala-de-prensa/notas-de-prensa/la-mesa-de-la-profesion-enfermera-rechaza-la-propuesta-de-sanidad-sobre-la-implantacion-de-las-especialidades>
- Savage, C. (2012). Screening, brief intervention, and referral to treatment and the role of nursing. *J Addict Nurs*, 23(3), 200-202. doi: 10.1097/JAN.0b013e31826eb4c0
- Schmalenberg, C., & Kramer, M. (2007). Types of intensive care units with the healthiest, most productive work environments. *Am J Crit Care*, 16(5), 458-468; quiz 469.
- Schreuder, J. A., Roelen, C. A., Groothoff, J. W., van der Klink, J. J., Magerøy, N., Pallesen, S., ... Moen, B. E. (2012). Coping styles relate to health and work environment of Norwegian and Dutch hospital nurses: A comparative study. *Nurs Outlook*, 60(1), 37-43.
- SEDAP (2010). *Integración asistencial: ¿Cuestión de modelos?. Claves para un debate*. Informe de la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria. Madrid.
- Seers, K., Cox, K., Crichton, N. J., Edwards, R. T., Eldh, A. C., Estabrooks, C. A., ... Wallin, L. (2012). FIRE (Facilitating Implementation of Research Evidence): a study protocol. *Implement Sci*, 7, 25. doi: 10.1186/1748-5908-7-25.
- Seifer, S. D., Blanchard, L. W., Jordan, C., Gelmon, S., & McGinley, P. (2012). Faculty for the Engaged Campus: Advancing Community-Engaged Careers in the Academy. *J. High. Educ. Outreach Engagem.*, 16(1), 5-20.
- Serbia, J. M. (2007). Diseño, muestreo y análisis en la investigación cualitativa. *Hologramática*, 4(7), 3.

- Serembus, J. F., Solecki, S., Meloy, F., & Olszewski, J. (2011). Preparing tomorrow's leaders: a leadership course for real-world challenges. *Nurs Educ*, 36(3), 91-92. doi: 10.1097/NNE.0b013e3182161056
- Sergeant, J., & Laws-Chapman, C. (2012). Creating a positive workplace culture. *Nurs Manag (Harrow)*, 18(9), 14-19.
- Sermeus, W., Aiken, L. H., Van den Heede, K., Rafferty, A. M., Griffiths, P., Moreno-Casbas, M. T., ... Zikos, D. (2011). Nurse forecasting in Europe (RN4CAST): Rationale, design and methodology. *BMC Nurs*, 10, 6. doi: 10.1186/1472-6955-10-6
- Shaneyfelt, T., Baum, K. D., Bell, D., Feldstein, D., Houston, T. K., Kaatz, S., ... Green, M. (2006). Instruments for evaluating education in evidence-based practice: a systematic review. *JAMA*, 296(9), 1116-1127. doi: 10.1001/jama.296.9.1116
- Shirey, M. R. (2006). Authentic Leaders Creating Healthy Work Environments for Nursing Practice. *Am J Crit Care*, 15(3), 256-267.
- Shiu, A. T., Lee, D. T., & Chau, J. P. (2012). Exploring the scope of expanding advanced nursing practice in nurse-led clinics: a multiple-case study. *J Adv Nurs*, 68(8), 1780-1792.
- Shojania, K. G., & Grimshaw, J. M. (2005). Evidence-based quality improvement: the state of the science. *Health affairs*, 24(1), 138.
- Simó-Miñana, J. (2007). El gasto sanitario en España, 1995-2002. La atención primaria, Cenicienta del Sistema Nacional de Salud. *Aten Primaria*, 39(3), 127-132.
- Simó-Miñana, J. (2012). ¿Gastamos demasiado... o gastamos mal? *Actualización en Medicina de Familia*, 8(4), 197-205.
- Simou, E., & Koutsogeorgou, E. (2014). Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009 to 2013: a systematic review. *Health Pol*, 115(2-3), 111-119. doi: 10.1016/j.healthpol.2014.02.002
- Sitzia, J. (2002). Barriers to research utilisation: the clinical setting and nurses themselves. *Intensive Crit Care Nurs*, 18(4), 230-243.
- Siu, H., Laschinger, H. K. S., & Finegan, J. (2008). Nursing professional practice environments: Setting the stage for constructive conflict resolution and work effectiveness. *J Nurs Admin*, 38(5), 250-257.
- Slater, P., & McCormack, B. (2007). An exploration of the factor structure of the Nursing Work Index. *World Evidence-Based Nu*, 4(1), 30-39.

- Slater, P., O'Halloran, P., Connolly, D., & McCormack, B. (2009). Testing of the Factor Structure of the Nursing Work Index-Revised. *World Evidence-Based Nu*, 6(3): early view <http://www3.interscience.wiley.com/journal/122523249/abstract>.
- Smith, J. (1998). Exploring evidence based practice: international conference organized by the University of Southampton School of Nursing and Midwifery at the Chilworth Manor Conference Centre, Southampton, England, 12-14 September 1997. *J Adv Nurs*, 27(1), 227-229.
- Smith, R., & Rennie, D. (2014). Evidence based medicine-an oral history. *BMJ*, 348, g371. doi: 10.1136/bmj.g371
- Sola, I., Carrasco, J. M., Diaz Del Campo, P., Gracia, J., Orrego, C., Martinez, F., ... Alonso-Coello, P. (2014). Attitudes and perceptions about clinical guidelines: a qualitative study with Spanish physicians. *PLoS One*, 9(2), e86065. doi: 10.1371/journal.pone.0086065
- Solberg, L. I., Elward, K. S., Phillips, W. R., Gill, J. M., Swanson, G., Main, D. S., ... Medicine, N. C. o. A. t. S. o. F. (2009). How can primary care cross the quality chasm? *Annals Fam Med*, 7(2), 164-169. doi: 10.1370/afm.951
- Solomons, N. M., & Spross, J. A. (2011). Evidence-based practice barriers and facilitators from a continuous quality improvement perspective: an integrative review. *J Nurs Manag*, 19(1), 109-120. doi: 10.1111/j.1365-2834.2010.01144.x
- Spenceley, S. M., O'Leary, K. A., Chizawsky, L. L., Ross, A. J., & Estabrooks, C. A. (2008). Sources of information used by nurses to inform practice: An integrative review. *Int J Nurs Stud*, 45(6), 954-970.
- Spilsbury, K., & Meyer, J. (2001). Defining the nursing contribution to patient outcome: lessons from a review of the literature examining nursing outcomes, skill mix and changing roles. *J Clin Nurs*, 10(1), 3-14.
- Squires, J. E., Moralejo, D., & Lefort, S. M. (2007). Exploring the role of organizational policies and procedures in promoting research utilization in registered nurses. *Implement Sci*, 2(Journal Article), 17.
- Squires, J., Estabrooks, C., Gustavsson, P., & Wallin, L. (2011). Individual determinants of research utilization by nurses: A systematic review update. *Implement Sci*, 6(1), 1.
- Stacey, D., Pomey, M. P., O'Connor, A. M., & Graham, I. D. (2006). Adoption and sustainability of decision support for patients facing health decisions: an implementation case study in nursing. *Implement Sci : IS*, 1(Journal Article), 17.

- Stetler, C. B., Damschroder, L. J., Helfrich, C. D., & Hagedorn, H. J. (2011). A Guide for applying a revised version of the PARIHS framework for implementation. *Implement Sci*, 6, 99. doi: 10.1186/1748-5908-6-99
- Stetler, C. B., McQueen, L., Demakis, J., & Mittman, B. S. (2008). An organizational framework and strategic implementation for system-level change to enhance research-based practice: QUERI Series. *Implement Sci*, 3(Journal Article), 30.
- Storey, C., Ford, J., Cheater, F., Hurst, K., & Leese, B. (2007). Nurses working in primary and community care settings in England: problems and challenges in identifying numbers. *J Nurs Manag*, 15(8), 847-852.
- Straus, S. E., Tetroe, J., & Graham, I. (2009). Defining knowledge translation. *Can Med Assoc J*, 181(3-4), 165.
- Strout, T. D., Lancaster, K., & Schultz, A. A. (2009). Development and implementation of an inductive model for evidence-based practice: A grassroots approach for building evidence-based practice capacity in staff nurses. *Nurs Clin North Am*, 44(1), 93-102, xi.
- Stumpf, L. R. (2001). A comparison of governance types and patient satisfaction outcomes. *J Nurs Admin*, 31(4), 196.
- Talley, L. B., Thorgrimson, D. H., & Robinson, N. C. (2013). Financial literacy as an essential element in nursing management practice. *Nurs Econ*, 31(2), 77-82.
- Tapp, H., & Dulin, M. (2010). The science of primary health-care improvement: potential and use of community-based participatory research by practice-based research networks for translation of research into practice. *Exp Biol Med (Maywood)*, 235(3), 290-299. doi: 10.1258/ebm.2009.009265
- Thomas C, & Wilson; L. Role preceptions of nurse clinical research coodinators *Nurs: Res and Reviews* 2013:3 133–139.
- Thompson, C., Cullum, N., McCaughan, D., Sheldon, T., & Raynor, P. (2004). Nurses, information use, and clinical decision making--the real world potential for evidence-based decisions in nursing. *Evid Based Nurs*, 7(3), 68-72.
- Thompson, C., McCaughan, D., Cullum, N., Sheldon, T. A., Thompson, D., & Mulhall, A. (2001). Nurses' Use of Research Information in Clinical Decision making: A Descriptive and Analytical Study. *J Adv Nurs*, 36(1):11-22.
- Thompson, C., McCaughan, D., Cullum, N., Sheldon, T., & Raynor, P. (2005). Barriers to evidence-based practice in primary care nursing. Why viewing decision-making as context is helpful. *J Adv Nurs*, 52(4), 432-444.

- Thompson, D. S., Estabrooks, C. A., Scott-Findlay, S., Moore, K., & Wallin, L. (2007). Interventions aimed at increasing research use in nursing: a systematic review. *Implement Sci*, 2(1), 15.
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*, 19(6), 349-357.
- Trejo-Martínez, F. (2010). Fenomenología como método de investigación: Una opción para el profesional de enfermería. *Enf Neurol (Mex)*, Vol. 11, No. 2: 98-101, 2012. Disponible en : <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene122h.pdf>
- Triviño, Z., & Sanhueza, O. (2005). Paradigmas de investigación en enfermería. *Ciencia y enfermería*, 11(1), 17-24.
- Ubbink, D. T., Guyatt, G. H., & Vermeulen, H. (2013). Framework of policy recommendations for implementation of evidence-based practice: a systematic scoping review. *BMJ Open*, 3(1). doi: 10.1136/bmjopen-2012-001881
- UGT, 2014. Sindicato Unión General de Trabajadores (UGT). *Comunicado de rechazo a la propuesta del Ministerio de Sanidad sobre la implantación de especialidades de enfermería*. Disponible en: <http://www.fspugt.es/salud/532-propuestas-enfermeria>;
- Upton, D., & Upton, P. (2006). Development of an evidence-based practice questionnaire for nurses. *J Adv Nurs*, 53(4), 454-458. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.03739.x
- Upton, D., Upton, P., & Scurlock-Evans, L. (2014). The reach, transferability, and impact of the evidence-based practice questionnaire: a methodological and narrative literature review. *World Evid Based Nurs*, 11(1), 46-54. doi: 10.1111/wvn.12019
- Valero, C. H. (2009). La especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. *Enferm Comun*. 2009; 5(2).
- Valles, M. S. (2005). El reto de la calidad en la investigación social cualitativa: de la retórica a los planteamientos de fondo y las propuestas técnicas. *Rev esp investig soc*, 110(1), 91-114.
- Van Achterberg, T., Schoonhoven, L., & Grol, R. (2008). Nursing implementation science: how evidence-based nursing requires evidence-based implementation. *J Nurs Scholarsh*, 40(4), 302-310.
- Van Bogaert, P., Clarke, S., Vermeyen, K., & Meulemans, H. (2009). Practice environments and their associations with nurse-reported outcomes in Belgian hospitals:

- development and preliminary validation of a Dutch adaptation of the Revised Nursing Work Index. *Int J Nurs Stud*, 46(1), 55-65.
- VanGeest, J., & Johnson, T. P. (2011). Surveying Nurses: Identifying Strategies to Improve Participation. *Evaluation Health Prof*, 36(3), 275-278.
- Vlachadis, N., Vrachnis, N., Ktenas, E., Vlachadi, M., & Kornarou, E. (2014). Mortality and the economic crisis in Greece. *Lancet*, 383(9918), 691. doi: 10.1016/s0140-6736(14)60250-6
- Waknine, Y. (2012). Nurse-Prescribed ART as Effective as Physician-Based Care. *Medscape*. Aug 20, 2012.
- Wallin, L. (2009). Knowledge translation and implementation research in nursing. *Int J Nurs Stud*, 46(4), 576-587. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2008.05.006
- Wallin, L., Gustavsson, P., Ehrenberg, A., & Rudman, A. (2012). A modest start, but a steady rise in research use: a longitudinal study of nurses during the first five years in professional life. *Implement Sci*, 7, 19.
- Weaver, C. A., & Teenier, P. (2014). Rapid EHR Development and Implementation Using Web and Cloud-Based Architecture in a Large Home Health and Hospice Organization. *Stud Health Technol Inform*, 201, 380-387.
- West, E., & Scott, C. (2000). Nursing in the public sphere: breaching the boundary between research and policy. *J Adv Nurs*, 32(4), 817-824.
- Whitmer, K., Auer, C., Beerman, L., & Weishaupt, L. (2011). Launching Evidence-Based Nursing Practice. *J Nurses in Staff Dev*, 27(2), E5.
- WHO. (2008). *World Health report 2008: primary health care: now more than ever*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2008/en/>
- Yano, E. M. (2008). The role of organizational research in implementing evidence-based practice: QUERI Series. *Implement Sci*, 3(Journal Article), 29.
- Zwarenstein, M., & Reeves, S. (2006). Knowledge translation and interprofessional collaboration: Where the rubber of evidence-based care hits the road of teamwork. *J Contin Educ Health Prof*, 26(1), 46-54. doi: 10.1002/chp.50
- Zwijnenberg, N. C., & Bours, G. J. (2012). Nurse practitioners and physician assistants in Dutch hospitals: their role, extent of substitution and facilitators and barriers experienced in the reallocation of tasks. *J Adv Nurs*, 68(6), 1235-1246. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05823.x

ANEXO 1.

Memoria de solicitud y concesión de ayuda del Instituto de Salud Carlos III al Proyecto de factores que determinan la práctica clínica basada en la evidencia en enfermeras de hospital y atención primaria de Baleares. Propuesta de elementos de facilitación a partir del modelo PARIHS. FIS nº PI09/90512.



MINISTERIO
DE CIENCIA
E INNOVACIÓN



Subdirección General
Evaluación y Fomento de la Investigación

PEDRO GOMEZ, JOAN ERNEST DE
ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERIA
MALLORCA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA Y
FISIOTERAPIA
CTRA. DE VALLEMOSSA, K. 7,5
07071 - PALMA DE MALLORCA

Madrid, 11 de diciembre de 2009

JAB/MB/RV:PI09/90512

Para su conocimiento, dado que figura como Investigador/a Principal del proyecto de investigación con número de expediente PI09/90512, aprobado por Resolución de la Dirección del Instituto de Salud Carlos III, publicada en nuestra página <http://aes.isciii.es>, se adjunta copia de las condiciones económicas y composición del equipo investigador, notificadas al/a la representante legal del centro solicitante UNIVERSIDAD DE LAS ISLAS BALEARES con escrito de fecha 4 de diciembre de 2009.

EL SUBDIRECTOR GENERAL DE EVALUACIÓN
Y FOMENTO DE LA INVESTIGACIÓN

Joaquín Arenas Barbero





MINISTERIO
DE CIENCIA
E INNOVACIÓN



Instituto
de Salud
Carlos III

Investigador Ppal.: PEDRO GOMEZ, JOAN ERNEST DE

Expte: PI09/90512

Centro realización: ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERIA MALLORCA

Centro solicitante: UNIVERSIDAD DE LAS ISLAS BALEARES

Título del proyecto:

FACTORES QUE DETERMINAN LA PRÁCTICA CLÍNICA BASADA EN LA EVIDENCIA EN ENFERMERAS DE HOSPITAL Y ATENCIÓN PRIMARIA DE BALEARES. PROPUESTA DE ELEMENTOS DE FACILITACIÓN A PARTIR DEL MODELO PARIHS

Duración (años): 2

ANUALIDAD	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	TOTAL
Personal	0	0	0	
Bienes y Servicios	15.000	11.000	0	
Viajes y Dietas	0	2.000	0	
Subtotal	15.000	13.000	0	28.000,00
21 % gastos generales	3.150,00	2.730,00	0,00	5.880,00
TOTAL	18.150,00	15.730,00	0,00	33.880,00

EQUIPO INVESTIGADOR

CATEGORIA

ADROVER BARCELO, ROSA MARIA	CO
ALONSO CARREÑO MARTA	CO
ARTIGUES VIVES, GUILLEM	CO
BENNASAR VENY MIGUEL	CO
GALLARDO BONET SOLEDAD	CO
GOMEZ PICARD PATRICIA	CO
GONZALEZ TORRENTE SUSANA	CO
MIGUELEZ CHAMORRO ANGÉLICA	CO
MOLINA MULA JESUS	CO
PEDRO GOMEZ, JOAN ERNEST DE	IP
PERELLO CAMPANER CATALINA	CO
PERICAS BELTRAN, JORGE	CO



MEMORIA DE SOLICITUD DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN EN EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS Y SERVICIOS DE SALUD

Expediente nº

PI09/90512

TÍTULO:	
Factores que determinan la práctica clínica basada en la evidencia en enfermeras de hospital y atención primaria de Baleares. Propuesta de elementos de facilitación a partir del modelo PARIHS.	
Investigador/a principal: JOAN ERNEST DE PEDRO GOMEZ	
TIPO DE PROYECTO:	INDIVIDUAL <input checked="" type="checkbox"/> COORDINADO EN RED <input type="checkbox"/>
NOMBRE COORDINADOR/A (COORDINADOS DE VARIAS SOLICITUDES):	
DURACION: 1 año <input type="checkbox"/> 2 años <input checked="" type="checkbox"/> 3 años <input type="checkbox"/>	
RESUMEN (Objetivos y metodología del proyecto): (Máximo 250 palabras)	
<p>El objetivo general de este estudio es establecer un diagnóstico de los factores que las enfermeras perciben como determinantes la Práctica Clínica Basada en la Evidencia (PCBE) en las diferentes organizaciones, tanto a nivel de sus estructuras de apoyo como de las características de sus profesionales, de manera que permita el diseño de intervenciones para mejorar la implantación de la misma.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS: 1) Identificar los elementos que las enfermeras y enfermeros reconocen como obstáculos para llevar a cabo una PCBE tanto a nivel de la organización como individual. 2) Determinar las causas de la situación y las posibles intervenciones para mejorar la implantación de una PCBE mediante los grupos de informantes clave establecidos para cada organización.</p> <p>METODOLOGÍA: Este proyecto se desarrollará en colaboración con la Consejería de Sanidad y con el servicio de salud de las Islas Baleares (Ib-salut). El proyecto se desarrollará mediante un trabajo de campo en todos los hospitales y centros de salud de carácter público y dependientes del Sistema Nacional de Salud en la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares. El estudio se realizará en los 8 hospitales públicos y en todos los Centros de Salud de las tres áreas sanitarias.</p> <p>En una primera etapa el estudio se plantea con metodología cuantitativa como observacional descriptivo y de corte transversal. Mediante los cuestionarios Nursing Work Index (NWI) y Evidence Based Practice Questionnaire (EBPQ) se determinará y establecerá el diagnóstico en función de las respuestas de los centros, unidades e individuos.</p> <p>En una segunda etapa se plantea un estudio cualitativo en el que mediante grupos focales en cada organización, se establecerán tanto las causas de la situación diagnosticada según los informadores, como los cambios propuestos para mejorar la PCBE y las acciones que se consideren necesarias para alcanzar estos cambios.</p>	
TITLE:	
SUMMARY (Objectives and methodology):	
<p>The main aim of this study is to perform a diagnostic analysis of the factors that determine the evidence-based clinical practice (EBCP) in different organizations. Both support structures and the characteristics of their professionals. So that measures can be designed aimed at improving the EBCP implementation.</p> <p>SPECIFIC OBJECTIVES: 1) To pinpoint which factors nurses identify as hindering EBCP, both at an organizational and individual level. 2) Using key groups of informants from each organization to determine the causes of the situation and measures that can be taken to improve the introduction of EBCP.</p> <p>METHODOLOGY: This project is being performed in coordination with the Balearic Health Department and Ib-Salut (Balearic Health Services). The methodology for the project consists of fieldwork in all public hospitals and health centres attached to the Balearic National Health Service. The study will be carried out in 8 public hospitals and all health centres from the three fields of healthcare.</p> <p>- During the first diagnostic stage, the study will use a quantitative methodology based on observational descriptive and cross-sectional techniques. Using NWI and EBPQ questionnaires, a diagnostic analysis will be made based on replies by the centres, units and individuals.</p> <p>- During the second stage, a qualitative study will be using key groups from each organization, the causes of the diagnosed situation will be identified by the said informants and proposals will be made regarding changes aimed at improving EBCP and the measures needed to implement these changes.</p>	

Memoria de solicitud del proyecto de investigación en [PI09/90512](#). Título y resumen



MEMORIA DE SOLICITUD DEL PROYECTO DE INVESTIGACION EN EVALUACION DE TECNOLOGIAS SANITARIAS Y SERVICIOS DE SALUD

Expediente nº

PI09/90512

Investigador/a principal: JOAN ERNEST DE PEDRO GÓMEZ
<p>Antecedentes y estado actual del tema (citar las referencias incluidas en el apartado siguiente). (Máximo 3 páginas)</p> <p>Desde hace tres décadas se vienen publicando estudios sobre la transferencia de la investigación en la práctica clínica. Sin embargo es en el último decenio cuando se detecta un mayor énfasis por entender los factores que determinan o influyen en la traslación de la investigación a la práctica clínica. No obstante, aunque en la actualidad existe un conocimiento creciente acerca del papel que juegan las organizaciones en el transporte de resultados de investigación a la práctica clínica, la asunción de los factores que influyen en esta adopción por parte de las enfermeras es limitado.</p> <p>La literatura sobre la práctica clínica basada en la evidencia discute actualmente la necesidad de adoptar modelos de intervención con teorías subyacentes que determinen qué factores afectan a la utilización de la investigación y como influye el contexto (1). Aceptando esta visión sería necesario revisar la teoría subyacente para aumentar la comprensión de cómo y por qué una determinada intervención actúa sobre la adopción de los resultados de la investigación en la práctica clínica. Sin embargo, para consolidar una teoría bien desarrollada y probada es necesario avanzar en el estudio de su utilización. Algunos trabajos (2,3) han demostrado que la utilización e inclusión de los resultados de la investigación en la práctica de los cuidados de salud es un proceso imprevisible con resultados inesperados; lo que parece funcionar en una determinada situación puede que no resulte de la misma manera en un contexto diferente (4). Una revisión sistemática (5) demuestra que solamente el 10% de estudios incluidos proporcionaron un análisis teórico, razonado y explícito para la intervención que era evaluada.</p> <p>Resulta imprescindible describir con exactitud la naturaleza de las intervenciones. Para progresar en esta línea de investigación se han señalado las grandes diferencias que existían entre ADOPCIÓN (compromiso y decisión del proveedor de cambiar su práctica); DIFUSIÓN (distribución de información que origina una adopción de recomendaciones sin más); DISEMINACIÓN (implica mayor actividad que la difusión e incluye la comunicación de información para mejorar los conocimientos o habilidades) e IMPLEMENTACIÓN (supone una diseminación activa, con el empleo de estrategias diseñadas para superar posibles barreras) (6).</p> <p>Se dispone de excelentes trabajos de revisión (7-9) donde se observa como la investigación enfermera sobre la utilización del conocimiento científico comenzó en los años 70, reflejándose un aumento significativo en la producción del trabajo empírico a partir de los 90. Una síntesis de esta literatura nos permite identificar tres campos de actividad de la investigación en esta área: a) las descripciones de los modelos de utilización de la investigación, b) el estudio de los determinantes individuales que examinan el uso de la investigación y c) el estudio de las características de la organización que influyen en el uso de la investigación. Este material sugiere que los estudios individuales sobre la utilización de la investigación en la práctica enfermera se han basado predominantemente en diseños bivariantes y de correlación, por lo que no se ha podido identificar las interacciones entre los factores que condicionan la utilización de la investigación y que, a la vez, permiten entender mejor los factores que modelan las relaciones entre las características de la organización, las personales y la utilización de la investigación.</p> <p>El estudio de Titter y cols. (10), entre otros, se ha investigado sobre la utilización de los modelos de la práctica basada en la evidencia. Estos fueron desarrollados generalmente para dirigir actividades de puesta en práctica de la investigación en el campo de la práctica clínica, pero no para probar las estructuras que predicen el uso de la investigación o desarrollar hipótesis medibles de estos modelos sobre las relaciones entre los factores que los conforman y los que condicionan la utilización de dicha investigación. Pocos estudios divulgan la eficacia de un determinado modelo para alcanzar una mayor utilización de la investigación en la práctica o para identificar los predictores de su utilización. Muchos de estos modelos se dirigen a los factores individuales que influyen sobre la utilización de la investigación por parte de las enfermeras. Sin embargo, investigadores como Stetler (11) han puesto mayor énfasis en las influencias de la organización tales como el liderazgo, la cultura de la práctica basada en la evidencia y la capacidad de infraestructuras de las que dispone dicha organización para involucrarse y sostener una práctica basada en la evidencia.</p> <p>Existen dos instrumentos validados en entornos diferentes al nuestro, dedicados al análisis de los factores que influyen en el modelo de la práctica enfermera, definido éste, como un conjunto de características de la organización del ámbito del trabajo que facilitan o dificultan la práctica profesional.</p> <p>El Nursing Work Index (NWI) (12), se diseñó para medir el entorno de la práctica enfermera en el ámbito hospitalario. Su validez y fiabilidad, viene avalada por la facilidad de asociar sus componentes, con diferentes indicadores de resultados clínicos (tasa de mortalidad, estancia media hospitalaria y satisfacción de los pacientes) y de satisfacción profesional (tasas de absentismo, satisfacción profesional y productividad percibida).</p>

Memoria de solicitud del proyecto de investigación: Antecedentes y estado actual del tema



MEMORIA DE SOLICITUD DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN EN EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS Y SERVICIOS DE SALUD

Expediente nº

El instrumento fue diseñado para detectar aquellas partes débiles del entorno en la práctica enfermera para posteriormente modificarlas y así obtener mejores resultados en la clínica (12).

El NWI ha sufrido varias modificaciones; inicialmente, López SR (13) llevó a cabo un estudio piloto para su validación en un hospital español con unos resultados que deben ser considerados con prudencia, sobre todo por sus propiedades psicométricas (Anexo I) y por haberse realizado con una muestra pequeña ($n=112$). De cara a mejorar la validez externa del instrumento, el grupo de investigación que ahora presenta éste proyecto ha replicado este proceso con una versión refinada, mejorada, con una muestra más extensa y en entornos tanto hospitalarios como de atención primaria, ya que, según la revisión bibliográfica hasta la fecha, aún no hay un modelo validado del NWI para el personal de enfermería en atención primaria. Por otra parte, el Evidence Based Practice Questionnaire (EBPQ) (Anexo II), compuesto de 24 ítems organizados en 3 subescalas (14) está validado en su país de referencia (UK) para determinar el conocimiento, uso y actitudes de los profesionales hacia la práctica basada en la Evidencia. Tanto el NWI como el EBPQ se diseñaron expresamente para el ámbito hospitalario con unas características propias para estas organizaciones clínicas, lo que hace necesaria la validación en nuestro entorno tanto para las características propias del modelo hospitalario como de atención primaria.

Así las cosas, una vez validados estos instrumentos tanto en el entorno hospitalario como en atención primaria en nuestro contexto, nos pueden ayudar en la necesaria reflexión sobre la situación, con una mirada crítica, tanto hacia el colectivo profesional como hacia las organizaciones, pues sería del todo injusto cargar con toda la responsabilidad de la situación a unos profesionales obligados a ejercer su profesión en ámbitos que condicionan su práctica. Entendemos que estos cuestionarios nos permitirán el diagnóstico tanto de aquellos aspectos de las esferas organizacionales como de aquellos más personales referenciados a la actitud y aptitud de cada profesional, con respecto a la práctica clínica basada en la evidencia.

Entendemos que para que una enfermera quiera mejorar su práctica profesional es necesario un cierto grado de autonomía en su toma de decisiones asumiendo que éstas deben basarse en el conocimiento científico y en las necesidades del paciente (15). Las organizaciones deben trabajar para que se produzca un cambio en el rol subalterno al que se someten frecuentemente las enfermeras y en el modelo de relaciones interprofesionales con los médicos. Todos los agentes implicados deben establecer un camino serio, marcado por el rigor y por los resultados de investigación, que elimine definitivamente cualquier desajuste que ahora mismo se pueda estar traduciendo en eventos adversos que afectan a nuestra ciudadanía.

Como posible solución parcial de este problema, un metaanálisis (16) concluía que el incremento de la plantilla enfermera con una enfermera por turno y día, se relacionaba significativamente con un descenso en la mortalidad en una unidad de cuidados intensivos ($OR=0.91$), en un área quirúrgica ($OR=0.84$) y en otros tipos de áreas ($OR=0.94$).

Los estudios de Aiken, que analizan la relación directa entre el nivel del equipo de enfermería y sus efectos sobre la seguridad del paciente, sobre los resultados y la satisfacción del profesional hospitalario, determinaron que el incremento adicional de un paciente por enfermera y turno estaba asociado a un incremento de complicaciones y mortalidad del paciente y en el "burnout" enfermero. Además, describió que la insatisfacción de las enfermeras con ratios enfermera/paciente bajas era superior que aquellas que tenían ratios altas (17).

En España, el estudio ENEAS (18) referido a los efectos de la hospitalización, cifra la incidencia global de eventos adversos en el 11,6% y la de éxitos en el 4,4%. La incidencia relacionada con los cuidados se acercaba al 8%. Además aparecían efectos adversos con los que la intervención enfermera tiene una vinculación directa; tales como los relacionados con la infección nosocomial (25,3%) o con la medicación (37,4%). No obstante, tal como ha demostrado Kane en su reciente metaanálisis existe causalidad entre el número de enfermeras y los efectos adversos, pero si se aumenta el número de enfermeras y persisten modelos de enseñanza y práctica profesional tradicionales, herméticos y economicistas, y no se realizan cambios organizacionales que permitan la transformación del rol profesional de las enfermeras poco se avanzará (19).

El marco conceptual "Promoting Action on Research Implementation in Health Services" (PARIHS) (4,20) ha ganado últimamente atención como estructura para la implantación de una práctica basada en la evidencia y ha sido utilizado como marco teórico en varios estudios (21). El grupo de PARIHS plantea que existen tres elementos importantes en la puesta en práctica de la investigación: a) la naturaleza de la evidencia usada, b) la calidad del contexto para hacer frente al cambio y c) el tipo de facilitación necesaria para asegurar el cambio exitoso. La evidencia se formula para ser constituida como el conocimiento generado a partir de cuatro fuentes: investigación, experiencia clínica, pacientes y contexto local, entendiendo que la confluencia de estas bases de la evidencia ocurre dentro de un ambiente clínico complejo, multidimensional y multifacético (22) (Anexo III).

Posteriormente el grupo de PARIHS definió el contexto como el ambiente en el cual se propone un cambio para ser llevado a cabo, argumentado que está compuesto de tres dimensiones: cultura, dirección, y

Memoria de solicitud del proyecto de investigación: Antecedentes y estado actual del tema



MEMORIA DE SOLICITUD DEL PROYECTO DE INVESTIGACION EN EVALUACION DE TECNOLOGIAS SANITARIAS Y SERVICIOS DE SALUD

Expediente nº

evaluación. Estas dimensiones incluyen una cultura de aprendizaje orientada a los valores que sea receptiva al cambio, una dirección transformadora que apoye el trabajo en equipo, la implicación del personal en la toma de decisiones y una evaluación de los diferentes niveles del desempeño con mecanismos eficaces de retroalimentación. Parece demostrada la relación entre contextos positivos y mayores niveles de la utilización de la investigación (23). El tercer elemento fundamental, la facilitación, puede tener diferentes formas variando desde proveer ayuda y apoyo para cumplir un resultado específico, hasta capacitar tanto individualmente a profesionales como a equipos para reflexionar y cambiar sus propias actitudes, comportamientos y maneras de trabajar (24). Un facilitador puede ser caracterizado como un agente de cambio que utilice predominantemente un enfoque de resolución de problemas, participativo, en vez de prescribir y dirigir un sistema de acciones. Un trabajo cualitativo reciente realizado por Stetler (25) divulgó la facilitación como un proceso deliberado de resolución de problemas interactivo y apoyo a través del uso específico de intervenciones. El agente facilitador debe convertirse en el elemento clave para inspirar y ganar el compromiso y el entusiasmo de los profesionales, consciente de que el éxito de las transformaciones están en que los propios profesionales entiendan como suyas las ideas aprobadas para utilizar los nuevos conocimientos en la práctica clínica (26). Se trata de envolver a la organización en un marco de práctica clínica basada en la evidencia promovido por la facilitación, el soporte, la capacitación y las infraestructuras (11). Suscitando una visión del cambio, asumido por los grupos implicados, se debe promover una organización de modelo constructivista que promueva el "empowerment", facilitando que los trabajadores ganen mayor autonomía en sus acciones profesionales a partir de un entorno que propicie el acceso a la información, el soporte, los recursos necesarios para desarrollar el trabajo y las oportunidades para aprender y crecer (27). De esta manera, se optimizarán los niveles emocionales y la satisfacción en el trabajo (28).

El marco PARIHS reconoce que el propósito de la facilitación puede variar desde un proceso enfocado a proporcionar la ayuda específica para alcanzar una tarea, hasta colaborar en el cambio de actitudes y comportamientos. Por tanto, el papel del agente facilitador es permitir un aprendizaje reflexivo, ayudando a identificar necesidades, animando al pensamiento crítico, y determinando así el logro de los objetivos de aprendizaje (22).

Resulta evidente que no existe una receta mágica para que las organizaciones modifiquen las prácticas clínicas de sus profesionales. No sólo las intervenciones multidisciplinares parecen ser eficaces, sino también las intervenciones individuales. Aunque una de las intervenciones con mejores resultados es la construcción de estructuras de aprendizaje, un simple recordatorio podría proporcionar una estrategia más clara o un mensaje coherente y, por tanto, tener un mayor impacto. Además, el material educativo, los recordatorios, la retroalimentación y la revisión de los roles profesionales pueden tener más efecto que otras estrategias de intervención, lo cual sitúa este proyecto ante la necesidad de determinar qué estrategias de facilitación parecen tener mejor impacto en las propias organizaciones y en el entorno de un marco teórico explicativo (29).

El propósito de este estudio es establecer un diagnóstico de los factores que las enfermeras perciben como determinantes de una Práctica Clínica Basada en la Evidencia (PCBE) en las diferentes organizaciones, tanto a nivel de sus estructuras de apoyo como de las características de sus profesionales. Para ello nos proponemos a identificar los elementos que las enfermeras y enfermeros reconocen como relevantes para llevar a cabo una PCBE tanto a nivel de la organización como individual y a determinar las causas de la situación y las posibles intervenciones para mejorar la implantación de una PCBE.

Posteriormente se diseñarán las intervenciones en base a los elementos identificados como facilitadores en cada organización, adaptándolas a un modelo denominado (PAIIS) (Anexo IV) Promoción de Acciones de Implementación de la Investigación en los Servicios de Salud (PAIIS) bajo la estructura del marco PARIHS (Anexo III).


MEMORIA DE SOLICITUD DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN EN EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS Y SERVICIOS DE SALUD

Expediente nº

PI09/90512

Investigador/a principal: JOAN ERNEST DE PEDRO GÓMEZ

Bibliografía más relevante.

(Máximo 1 página)

[1] Eccles M., Grimshaw J., Walker A., Johnston M., Pitts N. Changing the behavior of healthcare professionals: The use of theory in promoting the uptake of research findings. *Journal of Clinical Epidemiology*, 2005; 58: 107-112. [2] Grol R. Successes and failures in the implementation of evidence-based guidelines for clinical practice. *Medical Care*, 2001; 39: II-46-II-54. [3] Wallin L., Bostrom AM., Harvey G., Wikblad K., Ewald U. National guidelines for Swedish neonatal nursing care: Evaluation of clinical application. *International Journal for Quality in Health Care*, 2000; 12: 465-474. [4] Kitson A., Harvey G., McCormack B. Enabling the implementation of evidence based practice: A conceptual framework. *Quality and Safety in Health Care*, 1998; 7: 149-158. [5] Grimshaw JM., Thomas RE., MacLennan G., Fraser C., Ramsay CR., Vale L., et al. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technology Assessment*, 2004; 8(6): 1-72. [6] Davis DA., Taylor VA. Translating guidelines into practice: a systematic review of theoretic concepts, practical experience and research evidence in the adoption of clinical practice guidelines. *CMAJ*, 1997; 157: 408-416. [7] Estabrooks CA., Winther C., Derksen L. Mapping the field: A bibliometric analysis of the research utilization literature in nursing. *Nursing Research*, 2004; 53: 293-303. [8] Estabrooks CA., Chong H., Brigidear K., Profetto-McGrath J. Profiling Canadian nurses' preferred knowledge sources for clinical practice. *Canadian Journal of Nursing Research*, 2005; 37(2): 118-140. [9] Meijers J., Janssen M., Cummings GG., Wallin L., Estabrooks CA., Halfens R. Assessing the relationships between contextual factors and research utilization in nursing: Systematic literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 2006; 55: 622-635. [10] Titler MG., Kleiber C., Steelman V., Goode C., Rakel B., Barry-Walker J., et al. Infusing research into practice to promote quality care. *Nursing Research*, 1994; 43: 307-313. [11] Stetler CB. Role of the organization in translating research into evidence-based practice. *Outcomes management*, 2003; 7: 97-105. [12] Lake E. Development of the practice environment scale of the Nursing Work Index. *Research in Nursing and Health*, 2002; 25: 176-188. [13] López S R. Estudio piloto para la validación de una escala sobre el entorno de práctica enfermera en el Hospital San Cecilio. *Enfermería Clínica*, 2005; 15(1): 8-16. [14] Upton D., Upton P. Development of an evidence-based practice questionnaire for nurses. *Journal of advanced nursing*, 2006; 54(4): 454-458. [15] Morales JM., Morilla JC. ¿Qué hace que las enfermeras utilicen resultados de investigación con sus pacientes? *Evidentia*, 2008; 5 (19). [16] Kane RL, Shamliyan TA, Mueller C, Duval S, Wilt TL. The association of registered nurse staffing levels and patient outcomes. *Medical Care*, 2007; 45(12): 1195-1204. [17] Aiken L H, Clarke S P, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *Journal of the American Medical Association*, 2002; 288 (16), 1987-1993. [18] Aranaz JM. Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005. Informe Febrero 2006. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. [19] De Pedro Gómez J, Morales Asencio JM, Artigues Vives G, Gonzalo Jiménez E, Morilla Herrera JC, Martín Santos FJ. Resultados de la atención hospitalaria y número de enfermeras: no es casualidad la cercanía a la causalidad. *Metas de Enferm* abr 2009; 12(3): [20] Rycroft-Malone J., Kitson A., Harvey G., McCormack B., Seers K., Titchen A., et al. Ingredients for change: Revisiting a conceptual framework. *Quality and Safety in Health Care*, 2002; 11: 174-180. [21] Wallin L., Profetto-McGrath J., Levers MJ. Implementing nursing practice guidelines: A complex undertaking. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing*, 2005; 32: 294-300. [22] Rycroft-Malone, J. (2004). The PARIHS Framework—A Framework for Guiding the Implementation of Evidence-based Practice. *Journal of Nursing Care Quality*, 19 (4), 297-304. [23] Wallin L., Estabrooks CA., Midodzi WK., Cummings GG. Development and validation of a derived measure of research utilization by nurses. *Nursing Research*, 2006; 55: 149-160. [24] Harvey G., Loftus-Hill A., Rycroft-Malone J., Titchen A., Kitson A., McCormack B., et al. Getting evidence into practice: The role and function of facilitation. *Journal of Advanced Nursing*, 2002; 37: 577-588. [25] Stetler CB., Legro MW., Rycroft-Malone J., Bowman C., Curran G., Guihan M., et al. Role of "external facilitation" in implementation of research findings: A qualitative evaluation of facilitation experiences in the Veterans Health Administration. *Implementation Science*, 2006; 1: 23. [26] Manley K., McCormack B. Practice development: purpose, methodology, facilitation and evaluation. *Nursing in Critical Care*, 2003; 8 (1): 22-29. [27] Kanter R.M. *Men and Women of the Corporation*, 2nd edn. Basic Books, New York, 1993. [28] Laschinger HKS, Finegan J, Shamian J, Wilk P. Workplace empowerment as a predictor of nurse burnout in restructured healthcare settings. *Longwoods Rev.* 2003; 1:2-11. [29] Dijkstra R, Wensing M, Thomas R, Akkermans R, Braspenning J, Grimshaw J, Grol R. The relationship between organisational characteristics and the effects of clinical guidelines on medical performance in hospitals, a meta-analysis. *BMC Health Services Research* 2006; 6:53.

Memoria de solicitud del proyecto de investigación: Bibliografía más relevante



MEMORIA DE SOLICITUD DEL PROYECTO DE INVESTIGACION EN EVALUACION DE TECNOLOGIAS SANITARIAS Y SERVICIOS DE SALUD

Expediente n°

PI09/90512

Investigador/a principal: JOAN ERNEST DE PEDRO GÓMEZ

Hipótesis

HIPOTESIS

1.- La opinión, las actitudes, las competencias y motivaciones de los profesionales de la enfermería son factores decisivos para desarrollar una cultura clínica basada en la transferencia de nuevos conocimientos a los cuidados.

2.-La estructura organizacional no parece ser la adecuada para desarrollar una práctica clínica basada en la evidencia.

3.- Los elementos facilitadores identificados y puestos en marcha en el marco de un modelo facilitador de la PCBE cambian las percepciones de las enfermeras tanto sobre el nivel de dificultad imputable a la organización como de aquel atribuible al nivel individual.

Esta investigación en su fase cualitativa plantea como premisas el conocimiento del funcionamiento desde el interior de las organizaciones y de los equipos de salud de tal modo que se posibilite detectar y proponer puntos clave para la mejora de la práctica clínica. En esta etapa cualitativa del estudio no se contempla hipótesis.

Objetivos

GENERAL:

Establecer el diagnóstico de aquellos elementos favorecedores y obstaculizadores de la implementación de una PCBE tanto a nivel institucional como individual.

ESPECIFICOS:

-Establecer los elementos que las enfermeras y enfermeros identifican como obstáculos para llevar a cabo una PCBE a nivel organizacional mediante el cuestionario NWI.

-Establecer los elementos que las enfermeras y enfermeros identifican como obstáculos para llevar a cabo una PCBE a nivel individual mediante el cuestionario EBPQ.

-Determinar a través del análisis multi nivel los "efectos de composición" de los grupos resultantes.

-Examinar el "efecto contextual" que tiene la relación entre las variables individuales y grupales para determinar como interviene esta relación en los resultados a nivel individual.

-Determinar las "variables derivadas" de las características de los individuos que conforman el grupo.

-Establecer el efecto transnivel determinando como afectan las variables grupales a los resultados individuales.

-Determinar mediante los grupos de informantes clave establecidos para cada organización, las causas de la situación y las intervenciones para mejorar la implantación de una PCBE.

-Identificar los elementos del marco PARIHS que pueden mejorar la transferencia de los resultados de la investigación en la práctica clínica.

Ajustarse al espacio disponible

Memoria de solicitud del proyecto de investigación: Hipótesis y objetivos



**MEMORIA DE SOLICITUD DEL PROYECTO DE INVESTIGACION EN EVALUACION DE TECNOLOGIAS
SANITARIAS Y SERVICIOS DE SALUD**

Expediente nº

PI09/90512

Investigador/a principal: JOAN ERNEST DE PEDRO GÓMEZ

Metodología (Diseño, sujetos de estudio, variables, recogida y análisis de datos y limitaciones del estudio)
(Máximo 3 páginas)

Este proyecto se desarrollará en colaboración con la Conselleria de Salut i Consum de les Illes Balears y el Servei de Salut de les Illes Balears (IB-SALUT). La metodología del proyecto será llevada a cabo mediante un trabajo de campo en todos los hospitales y centros de salud de carácter público y dependientes del Sistema Nacional de Salud en la Comunidad Autónoma.

Diseño:

FASE DIAGNÓSTICO

A) Etapa Cuantitativa

B) Etapa Cualitativa

La etapa cuantitativa es un estudio observacional, descriptivo y de corte transversal. Mediante los cuestionarios Nursing Work Index y Evidence-Based Practice Questionnaire se establecerá un diagnóstico de los factores que determinan la PCBE, en función de las respuestas de los centros, unidades e individuos. En la segunda etapa se plantea un estudio cualitativo desde la perspectiva crítico social en la que se analizarán las causas de la situación diagnosticada según los informadores, los cambios propuestos para mejorar la PCBE y las acciones que se consideren necesarias para alcanzar estos cambios.

Dada la posible heterogeneidad de la población a estudio, como fase previa se realizará un estudio exhaustivo del perfil socio-demográfico de la misma, con el objetivo de poder analizar posteriormente los posibles factores y causas de las no respuestas y de las respuestas desapareadas a uno solo de los cuestionarios.

A) ETAPA CUANTITATIVA.

Sujetos de estudio:

Los sujetos de estudio serán todas las enfermeras del Ib-salut (aproximadamente 3800), que tengan relación continuada desde al menos seis meses antes de la encuestación con el centro de trabajo:

•H. Son Dureta

•H. Son Llatzer

•H. Comarcal de Inca

•H. de Manacor

•H. San Juan de Dios *

•H. Can Mises (Ibiza)

•H. Mateu Orfila (Menorca)

•Centros de salud Área Mallorca

- 18 C.S. en Palma de Mallorca

- 20 C.S. en la Isla de Mallorca

•Centros de Salud Área Ibiza - Formentera

- 4 C.S. Ibiza

•Centros de Salud Área Menorca

- 3 C.S. Menorca

* El hospital San Juan de Dios es el único hospital con carácter no público del estudio, aunque toda su actividad la realiza como centro concertado del sistema público.

Variables:

Se tratará la información a tres niveles: Hospitalario en unidades o centros de salud e individualmente en este último nivel atendiendo a las características poblacionales de sexo, edad, nivel académico, categoría profesional y años de profesión. Respecto al análisis de los hospitales o centros de salud se procederá a tanto al análisis por niveles asistenciales, así como por estructuras de organización interna y aéreas geográficas, en especial las correspondientes a las islas de Mallorca, Menorca e Eivissa – Formentera. El resto de las variables son las que determinan los cuestionarios NWI según la versión de Lake 2002 y

Memoria de solicitud del proyecto de investigación: Metodología



MEMORIA DE SOLICITUD DEL PROYECTO DE INVESTIGACION EN EVALUACION DE TECNOLOGIAS SANITARIAS Y SERVICIOS DE SALUD

Expediente nº

validada la traducción para nuestro entorno por López (13) y el cuestionario EBPO según la versión de Upton 2006 (ver anexo 1 y 2).

Las variables serán plasmadas en soportes diseñados para facilitar la lectura mecanizada de las respuestas.

Recogida de datos:

La recogida de datos se realizará en cada centro de intervención mediante la entrega de los cuestionarios en donde se invitará al profesional a participar en el estudio garantizándole la confidencialidad. La respuesta será recogida por el encuestador asignado al centro, respetando la confidencialidad y los aspectos recogidos en la ley de protección de datos de carácter personal 15/1999

Análisis de los datos:

El análisis de la investigación se realizará, después de la depuración de la matriz de datos y de la generación de variables, en diferentes fases que, a grandes rasgos, se definen a continuación.

En primer lugar se llevará a cabo una exploración de las características que definen el comportamiento de cada una de las variables utilizadas, mediante las técnicas descriptivas clásicas y mediante el Análisis Exploratorio de datos.

En segundo, se analizarán las relaciones existentes entre las respuestas de los profesionales a los dos cuestionarios (CPBE y NWI) se tendrán en cuenta las características sociodemográficas y laborales de la muestra, y mediante técnicas de análisis pertenecientes al Modelo Lineal General, se llevarán a cabo análisis diferenciales con los que se elaborarán perfiles específicos. También se modelarán las respuestas de los sujetos a los cuestionarios teniendo en cuenta sus características personales y laborales, y la unidad en la que desempeñan su trabajo, como un factor de segundo nivel, mediante análisis multinivel.

En tercer lugar, y dentro del contexto del Modelo Lineal Mixto, se modelarán las respuestas de los sujetos a los cuestionarios teniendo en cuenta, tanto características personales y laborales, como la unidad en la que desempeñan su trabajo, como un factor de segundo nivel, mediante el análisis de modelos multinivel. En general, se utilizará la última versión disponible del programa SPSS 17.0.

B) ETAPA CUALITATIVA.

Diseño:

En esta fase mediante grupos de discusión se intentará generar información mediante la interacción entre las personas que participan en los mismos, en un intento de "comprender lo obvio". Los grupos estarán compuestos por un número de entre 10 y 12 profesionales y la duración aproximada esperada de cada reunión será de 1,5-2 horas. Se realizará un grupo de discusión por centro excepto en el Hospital Son Dureta y en el Área Sanitaria de Mallorca que por su volumen y heterogeneidad se realizarán dos. Se llevarán a cabo dos reuniones por grupo, no obstante, el número de reuniones podría reducirse o ampliarse en función de la saturación de las diversas manifestaciones del fenómeno a estudiar.

Se cumplimentará también un diario conteniendo las Notas de campo del entrevistador/ a en el que se hará constar el resultado de su observación sobre el transcurso de los grupos de discusión. Igualmente se cumplimentará un breve cuestionario que incluirá antecedentes en formación, edad y sexo de los participantes. Todo ello nos permitirá describir y caracterizar a los/as profesionales de enfermería que participan en el estudio.

Análisis de datos:

Se iniciará el análisis una vez conducido el primer grupo focal. El análisis será simultáneo a lo largo del proceso de la investigación con el objeto de modificar el guión del grupo focal si fuera necesario para descubrir campos de información no previstos en los temas iniciales. Además, el investigador principal elaborará un diario de campo en el que se registre todo el proceso reflexivo que fundamente las decisiones tomadas a lo largo del proceso de investigación.

Llevaremos a cabo un análisis de discurso mediante un proceso deductivo de codificación. Una vez establecidos los códigos se agruparán en subcategorías y categorías temáticas con el objeto final de identificar qué elementos las enfermeras consideran significativos en el desarrollo de su práctica clínica

Memoria de solicitud del proyecto de investigación: Metodología



MEMORIA DE SOLICITUD DEL PROYECTO DE INVESTIGACION EN EVALUACION DE TECNOLOGIAS SANITARIAS Y SERVICIOS DE SALUD

Expediente nº

El rigor de los datos se asegurará mediante su saturación y la triangulación de fuentes e investigadores: cada sesión de grupo focal será codificada por dos investigadores de manera independiente y con posterioridad ambos establecerán un proceso de diálogo y comparativo para unificar criterios y establecer una codificación única para cada grupo focal. De esta manera, cada grupo focal se codificará tres veces, dos por dos investigadores independientemente y la tercera como resultado de una codificación conjunta de ambos. Finalmente, se hará la verificación de análisis con un participante de cada grupo focal para presentarle los resultados preliminares de manera que pueda corroborar o indicar las debilidades del análisis. Para el proceso de análisis el equipo utilizará la herramienta informática de soporte al análisis de textos Atlas.ti 5.0.

Consideraciones Éticas:

Este proyecto tiene la conformidad de Comité Ético de Investigación Clínica de les Illes Balears (CEIC-IB). La participación en el estudio será voluntaria. Todas las enfermeras que quieran hacerlo podrán participar y serán informadas de que pueden abandonar el estudio en cualquier momento o fase que lo deseen, sin que deban explicar al equipo los motivos. Las personas que participen firmarán un consentimiento informado (Ver Anexo V), donde, entre otras cosas, se les explicará la sistemática de grabación de las reuniones. A fin de mantener la confidencialidad de la información sobre los participantes, se invitará a éstos a que utilicen un nombre ficticio durante las grabaciones. Estas se destruirán de forma feaciente una vez transcritas.

Límites:

En la primera etapa del proyecto los límites del estudio son los propios de la utilización de cuestionarios, como son el sesgo de respuesta, no respuesta y la subjetividad del encuestado. Esperamos que este efecto pueda ser neutralizado por la garantía de anonimato y confidencialidad. No obstante, la propia naturaleza del estudio busca la subjetividad de la respuesta con lo cual pensamos que puede neutralizarse bastante los sesgos en esta primera fase. En la segunda etapa los límites los impone la naturaleza de los estudios cualitativos cuyos resultados no son generalizables, aunque, en el caso concreto que nos ocupa, la metodología puede ser trasladable a contextos similares así como la establecida en la 1ª fase Diagnóstica.



MEMORIA DE SOLICITUD DEL PROYECTO DE INVESTIGACION EN EVALUACION DE TECNOLOGIAS SANITARIAS Y SERVICIOS DE SALUD

Expediente n°

PI09/90512

Investigador/a principal: JOAN ERNEST DE PEDRO GÓMEZ
Plan de trabajo (Etapas de desarrollo y distribución de tareas de todo el equipo investigador, y las asignaciones previstas para el personal técnico que se solicita. Indicar también el lugar de realización del proyecto) (Máximo 1 página)
<p>Etapas de Investigación CUANTITATIVA (8 meses). [Investigadores de 1 a 13]</p> <p>Preparación para la recogida de datos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diseño y elaboración de los soportes que permitan la mecanización de la lectura de datos. - Elaboración del manual de recogida de datos. - Estudio piloto para la modificación de instrumentos. - Validación del instrumento de recogida de datos. - Elaboración de la base de datos para transportar la información. - Taller de entrenamiento en la utilización de cuestionarios NMI y CPBE. - Reuniones con los responsables de los centros para organizar la recogida de información. <p>Recogida de la información y análisis de los datos. [Investigadores de 1 a 4]</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recogida de la información. - Lectura mecanizada de la información e introducción en la base de datos. - Taller de formación en análisis estadístico multinivel. - Análisis de los datos. - Discusión de los resultados por parte del equipo de investigación. - Elaboración del informe final de la etapa cuantitativa y establecimiento del diagnóstico por centros. <p>Etapas de Investigación CUALITATIVA (11 meses). [Investigadores de 1 a 13]</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reuniones con los centros para establecer los criterios para la formación de los grupos de discusión. - Reclutamiento y formación de los grupos de discusión en cada centro. - Desarrollo de las reuniones con los grupos de discusión. - Transcripción de las grabaciones. - Análisis de discurso mediante un proceso deductivo de codificación. Establecimiento de los códigos, categorías y subcategorías de análisis. - Verificación de los resultados mediante triangulación. - Elaboración del informe final de la etapa cualitativa y establecimiento del diagnóstico. <p>Etapas de Información y difusión de resultados (3 meses). [Investigadores de 1 a 13]</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elaboración del informe final de la investigación. - Comunicación de los resultados a los responsables de los centros y a las unidades participantes. - Difusión de los resultados en eventos nacionales e internacionales. - Publicación de los resultados en revistas de ámbito nacional e internacional.



MEMORIA DE SOLICITUD DEL PROYECTO DE INVESTIGACION EN EVALUACION DE TECNOLOGIAS SANITARIAS Y SERVICIOS DE SALUD

Expediente nº

PI09/90512

Investigador/a principal: JOAN ERNEST DE PEDRO GÓMEZ

Experiencia del equipo investigador sobre el tema

(Máximo 1 página)

1) JOAN DE PEDRO (IP), es TITULAR DE ESCUELA UNIVERSITARIA del Departamento de Enfermería y Fisioterapia. Diplomado en enfermería y licenciado en Antropología social y cultural. DEA y actualmente está realizando el estudio de campo de su tesis doctoral sobre el papel de las organizaciones en la transferencia del conocimiento en la práctica clínica. Desde el año 2004 es coordinador del grupo de revisión del Observatorio de Enfermería Basada en la Evidencia (OBEBE) en las Islas Baleares. Desde el año 2002 está publicando los resultados de sus investigaciones a nivel nacional e internacional. Es evaluador de proyectos del FIS del Ministerio de Sanidad y Consumo. Colabora como editor asociado y como revisor en la revista Evidentia y en la edición española de Evidence Based Nursing del grupo editorial BMJ. Ha sido investigador principal en tres proyectos becados por el FIS, todos ellos finalizados (PI 90/0162, PI 92/1031, PI 94/1513).

(2) DR. JORDI PERICAS, es TITULAR DE UNIVERSIDAD del Departamento de Enfermería y Fisioterapia de la Universitat de les Illes Balears (UIB) Dr. en Ciencias Biológicas desde 2000. Professor en la UIB durante los últimos 18 años. Actualmente es el investigador principal del grupo de investigación del Observatorio de Enfermería Basada en la Evidencia (OBEBE). Es IP en el proyecto becado por el FIS sobre tabaquismo en enfermeras de atención primaria (PI 06/90141).

(3) MIGUEL BENNASAR, es profesor del Departamento de Enfermería y Fisioterapia de la UIB. Diplomado en enfermería y licenciado en Antropología. Especialista en Antropología de la Salud y la Enfermedad. Actualmente está realizando la suficiencia investigadora dentro del programa de Doctorado del Máster de Evolución y Cognición Humana en la UIB. Miembro del equipo investigador del OBEBE. Co-investigador en el proyecto becado por el FIS sobre tabaquismo en enfermeras de atención primaria (PI 06/90141).

(4) GUILLEM ARTIGUES, es enfermero de la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Salud y Consumo de las Islas Baleares. Es diplomado en enfermería. Profesor asociado del Departamento de Enfermería y Fisioterapia de la UIB. Tiene formación y experiencia en metodología cuantitativa. Es co-investigador en el proyecto becado por el FIS sobre actitudes de los profesionales de atención primaria respecto al cribaje del cáncer de colon y recto (PI 07/905).

(5) SUSANA GONZALEZ, es responsable de enfermería de un Centro de Salud en Atención Primaria Mallorca. Es diplomada en enfermería. Profesora asociada del Departamento de Enfermería y Fisioterapia de la UIB. Es co-investigadora en varios proyectos becados por el FIS (PI 02585, PI 042006, PI 06/90141).

(6) MARTA ALONSO, es supervisora del área de formación e investigación de enfermería en el Hospital Universitario Son Dureta. Es diplomada en enfermería. Profesora asociada del Departamento de Enfermería y Fisioterapia de la UIB. Es co-investigadora en el proyecto becado por el FIS sobre promoción de los cuidados dirigidos a los familiares del paciente crítico a través de una investigación-acción participativa en una unidad de cuidados intensivos (PI 06/90159).

(7) PATRICIA GOMEZ, es directora de cuidados y coordinadora sociosanitaria del Ib-salut, Consejería de Salud y Consumo de las Islas Baleares. Es diplomada en enfermería. Tiene formación y experiencia clínica en Atención Especializada, además de experiencia en gestión.

(8) ROSA Mª ADROVER, es adjunta de la dirección de cuidados y coordinación sociosanitaria del Ib-salut. Tiene amplia experiencia en Atención Primaria y Especializada. Es diplomada en enfermería. Ha participado como colaboradora en el proyecto FIS (PI 021585) sobre la efectividad de una intervención de enfermería en pacientes con ECV.

(9) CATI PERELLO, es profesora del Departamento de enfermería y fisioterapia de la UIB. Diplomada en enfermería. Realiza en este momento el Máster de cognición y evolución humana.

(10) JESUS MOLINA, es profesor del Departamento de Enfermería y Fisioterapia de la UIB. Diplomado en enfermería y licenciado documentación. Actualmente está realizando el programa de Doctorado interuniversitario de enfermería y salud internacional.

(11) SOLEDAD GALLARDO, es directora de enfermería del complejo hospitalario GESMA. Es diplomada en enfermería y licenciada en Antropología social y cultural.

(12) ANGELICA MIGUELEZ, es directora de enfermería de Atención Primaria Mallorca. Es diplomada en enfermería.



MEMORIA DE SOLICITUD DEL PROYECTO DE INVESTIGACION EN EVALUACION DE TECNOLOGIAS SANITARIAS Y SERVICIOS DE SALUD

Expediente nº

PI09/90512

Investigador/a principal: JOAN ERNEST DE PEDRO GÓMEZ

Justificación detallada de la ayuda solicitada.

(Máximo 1 página)

A) INVENTARIABLE, FUNGIBLE Y OTROS GASTOS

- El programa informático Atlas ti (Educational Single User License v 5.0) con licencia completa, es necesario para esta investigación, ya que ni la UIB ni el Ib-salut disponen de licencias (499 euros). Se elige la versión para investigación en centros universitarios que es más económica que la versión estándar. Este tipo de herramientas facilitan y aportan mayor contenido y calidad para el discurso verbal en códigos, subcategorías y categorías, consiguiendo una mayor rentabilidad en el análisis y en la obtención de resultados. El programa servirá para próximas investigaciones de corte cualitativo.

- 3 ordenadores portátiles ligeros (1-1,5 Kg) y con un mínimo de 7 horas de autonomía para poder usar en el trabajo de campo (760 euros/unidad). Se necesitan 3 unidades, ya que la investigación se realizará en 3 áreas de salud, cada una de ellas en una isla diferente (Mallorca, Menorca e Ibiza).

- 3 grabadoras de audio digitales para la recogida de datos. Es importante que tengan una capacidad de al menos 2 GB, para asegurar el almacenamiento de datos y la grabación estéreo (359 euros/unidad). Las grabadoras digitales son imprescindibles para la realización de la investigación cualitativa.

- Grupos de discusión: Se realizarán 2 sesiones con 12 grupos de discusión de 12 miembros. Cada sesión tendrá una duración de 2 horas (2 sesiones x 12 grupos x 2 h x 20 euros/h = 960 euros).

- Transcripción de las grabaciones de los grupos de discusión. Cada hora de grabación equivale a 7 horas de trabajo de transcripción, que se estima en 16 euros la hora. Por tanto, 12 grupos de discusión x 2 horas de duración x 2 sesiones x 7 horas transcripción x 16 euros/hora = 5.376 euros.

- Los cuestionarios NWI y CPBE pueden ser autocumplimentados pero serán administrados por personas correctamente entrenadas (El sistema sanitario de las Illes Balears consta de unas 3.800 enfermeras x 3 euros/recogida de cuestionario = 11.400 euros). Para facilitar la recogida de cuestionarios y la posterior mecanización de datos, se diseñarán cuestionarios de recogida de datos (CRD) para lector óptico. Diseño e impresión de los CRD para lector óptico con papel offset prepint laser de 90gr formato 21,7x17cm imprimidos a dos caras y con dos tintas (2.550 euros).

- Adquisición de material de oficina y bibliografía: Debido a la escasa bibliografía existente en nuestro país sobre el tema de investigación, será necesario la recopilación internacional necesaria para la fundamentación del estudio (700 euros). Compra de material de oficina para la producción de documentos y la elaboración de informes de difusión de resultados, etc. (650 euros).

- Traducciones y corrección de artículos: La difusión internacional de los resultados precisa de una corrección y traducción de los textos al inglés de elevada calidad, imprescindibles en el caso de las investigaciones basadas en evidencia clínica. Por tanto, la total comprensión en el idioma traducido es vital para la transmisión de conocimiento y un mayor alcance de los contenidos. El coste de la traducción por palabra es de 0,078 euros. Las revistas suelen limitar la extensión de los artículos a 5.500 palabras. El plan de difusión contempla 3 artículos (3 artículos x 5.500 palabras x 0,078 euros = 1.287 euros).

- Se realizará un seminario de formación avanzada de los miembros del equipo investigador sobre análisis estadístico multinivel (2.700 euros).

VIAJES Y DIETAS:

- Creemos necesarias las dietas de los desplazamientos de los miembros del equipo de investigación, ya que tendrán que desplazarse a los centros de salud y hospitales periféricos que se encuentran a unos 50 Km de distancia media (Precio km = 0,19 euros).

- Debido a la insularidad y a los problemas de comunicación, se deberán realizar 8 viajes en avión para 2 investigadores/as entre islas, para los hospitales y Atención Primaria de Menorca e Ibiza y Formentera.

- Es importante poder ir realizando difusión de la información que se vaya obteniendo en los resultados en congresos nacionales e internacionales relacionados con la temática. Para ello, se ha programado la asistencia y participación para 3 investigadoras/es en 2 congresos de ámbito nacional y 2 internacionales incluyendo inscripción, billete de avión desde Mallorca y alojamiento (Nacional: 710 euros x 2 congresos x 3 personas = 4.260 euros; Internacional: 1.480 euros x 2 congresos x 3 personas = 8.880 euros).


**MEMORIA DE SOLICITUD DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN EN EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS
SANITARIAS Y SERVICIOS DE SALUD**

Expediente nº

PI09/90512

Investigador/a principal: JOAN ERNEST DE PEDRO GÓMEZ	
PRESUPUESTO SOLICITADO	
1. Gastos de personal	Euros
SUBTOTAL	
2. Gastos de ejecución	
a) Adquisición de bienes y contratación de servicios (Inventariable, fungible y otros gastos)	
- 3 Ordenadores portátiles ligeros (1º año).	2280
- 3 Grabadoras digitales (1º año).	1077
- Programa informático Atlas ti (<i>Educational Single User License v 5.0</i>) (2º año)	499
- Diseño e impresión de los cuestionarios de recogida de datos (CRD) (1º año)	2.550
- Formación, distribución y recogida de encuestas a los profesionales enfermería (1º y 2º año)	11.400
- Grupos discusión (48 horas de conducción x 20 euros) (1º y 2º año)	960
- Transcripciones grabación (336 horas x 16 euros) (1º y 2º año)	5.376
- Material de oficina y bibliografía (1º y 2º año)	1.350
- Traducción de 3 artículos difusión internacional (2º año)	1.287
- Taller de formación en análisis estadístico multinivel (1º año)	2.700
SUBTOTAL	29.479
Viajes y dietas	
- 140 desplazamientos de 50 km de media (0,19 euros x km) (1º y 2º año)	1.330
- 8 viajes para 2 investigadores/as entre islas, para los hospitales y Atención Primaria de Menorca e Ibiza (1º y 2º año)	5.700
- Inscripción, viaje y alojamiento a 2 congresos nacionales para 3 investigadoras/es (2º año)	4.260
- Inscripción, viaje y alojamiento a 2 congresos internacionales para 3 investigadoras/es (2º año)	8.880
SUBTOTAL	20.170
SUBTOTAL GASTOS EJECUCIÓN	
TOTAL AYUDA SOLICITADA	49.649



Investigador/a principal: JOAN ERNEST DE PEDRO GÓMEZ

**MEMORIA DE SOLICITUD DEL PROYECTO DE INVESTIGACION EN EVALUACION DE TECNOLOGIAS
SANITARIAS Y SERVICIOS DE SALUD
ANEXOS**

Expediente nº PI09/90512

ANEXO I: NURSING WORK INDEX

Indique, rodeando con un círculo, el grado en que usted está de acuerdo en que las siguientes afirmaciones están presentes en su entorno de trabajo, teniendo en cuenta que el 1 implica que está totalmente en desacuerdo con la frase que se le propone y, el 4 significa que está absolutamente de acuerdo con el enunciado

	1	2	3	4
1 Totalmente de acuerdo				
2 Algo de acuerdo				
3 Algo en desacuerdo				
4 Totalmente de desacuerdo				
PARTICIPACION DE LA ENFERMERA EN ASUNTOS DEL HOSPITAL				
1. Las enfermeras de plantilla están involucradas en la gestión interna del hospital (Juntas, Organos de decisión....)	1	2	3	4
2. Las enfermeras del centro tienen oportunidades para participar en las decisiones que afectan a las distintas políticas que desarrolla el Hospital	1	2	3	4
3. Existen muchas oportunidades para el desarrollo profesional del personal de Enfermería	1	2	3	4
4. La Dirección escucha y da respuesta a los asuntos de sus empleados	1	2	3	4
5. El/La director/a de Enfermería es accesible y fácilmente "visible"	1	2	3	4
6. Se puede desarrollar una carrera profesional / hay oportunidades de ascenso en la carrera clínica	1	2	3	4
7. Los gestores enfermeros consultan con las enfermeras los problemas y modos de hacer del día a día	1	2	3	4
8. Las enfermeras de plantilla tienen oportunidades para participar en las comisiones del Hospital y del Departamento de Enfermería	1	2	3	4
9. Los directivos enfermeros están al mismo nivel en poder y autoridad que el resto de directivos del Centro.	1	2	3	4
FUNDAMENTO ENFERMERO DE LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS				
10. Se emplean los diagnósticos enfermeros	1	2	3	4
11. Hay un programa en activo para la mejora de la calidad	1	2	3	4
12. Existe un programa de acogida y tutelaje de enfermeras de Nuevo ingreso	1	2	3	4
13. Los cuidados de las enfermeras están basados en un modelo enfermero, no biomédico	1	2	3	4
14. La asignación de pacientes que existe favorece la continuidad de los cuidados (por ejemplo, una enfermera que cuida a un mismo paciente durante días consecutivos...)	1	2	3	4
15. Hay una filosofía de Enfermería bien definida, que impregna el entorno en el que se cuida a los pacientes	1	2	3	4
16. Hay planes de cuidados por escritos, actualizados a diario para todos los pacientes	1	2	3	4
17. La administración del Centro espera altos estándares en los cuidados enfermeros	1	2	3	4
18. Hay programas de formación continuada para las enfermeras	1	2	3	4
19. Trabajo con enfermeras que tienen una competencia clínica adecuada	1	2	3	4
CAPACIDAD, LIDERAZGO Y APOYO A LAS ENFERMERAS POR PARTE DE LOS GESTORES ENFERMEROS,				
20. El/La supervisor/a es un/a buen/a gestor/a y líder	1	2	3	4
21. El/La supervisor/a respalda a la plantilla enfermera en sus decisiones, incluso si el conflicto es con personal médico	1	2	3	4
22. Los supervisors utilizan los errors como oportunidades de aprendizaje y mejora, no como crítica	1	2	3	4
23. La plantilla de supervisors da apoyo a las enfermeras	1	2	3	4
24. Se reconoce y elogia el trabajo bien hecho	1	2	3	4
DIMENSION DE LA PLANTILLA Y ADECUACION DE LOS RECURSOS HUMANOS				
25. Hay suficiente plantilla para realizar adecuadamente el trabajo	1	2	3	4
26. Hay suficiente número de enfermeras diplomadas para proveer cuidados de calidad	1	2	3	4
27. Existen servicios de apoyo adecuados (celadores, administrativos...) que me permiten estar más tiempo con mis pacientes.	1	2	3	4
28. Hay tiempo suficiente y oportunidad para discutir los problemas de cuidados con otros/as enfermeros/as	1	2	3	4
RELACIONES ENTRE MEDICOS Y ENFERMERAS				
29. Hay mucho trabajo en equipo entre médicos y enfermeras	1	2	3	4
30. Médicos y enfermeras tienen buenas relaciones	1	2	3	4
31. La práctica entre enfermeras y médicos está basada en una colaboración equilibrada	1	2	3	4

ANEXO II: CPBE

Cuestionario de Efectividad Clínica y Práctica Basada en la Evidencia (CPBE).

Cuestionario de Efectividad Clínica y Práctica Basada en la Evidencia (CPBE).

Este cuestionario está diseñado para recoger información y opiniones sobre el uso de la práctica basada en la evidencia entre profesionales sanitarios. No hay respuestas correctas o erróneas, ya que solo estamos interesados en *sus* opiniones y el uso que *usted* hace de la evidencia en su práctica.

1. Con respecto a la atención prestada a algún paciente en el último año, ¿con qué frecuencia se ha hecho las siguientes cuestiones para responder a alguna posible laguna surgida en su conocimiento? (señale \checkmark o X):

Formulé una pregunta de búsqueda claramente definida, como el principio del proceso para cubrir esta laguna:

Nunca ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Frecuentemente

Indagué la evidencia relevante después de haber elaborado la pregunta

Nunca ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Frecuentemente

Evalué críticamente, mediante criterios explícitos, cualquier referencia bibliográfica hallada

Nunca ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Frecuentemente

Integré la evidencia encontrada con mi experiencia:

Nunca ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Frecuentemente

Evalué los resultados de mi práctica:

Nunca ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Frecuentemente

Compartí esta información con mis colegas

Nunca ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Frecuentemente

2. Por favor, indique (\checkmark o X) en qué lugar de la escala se situaría usted para cada uno de los siguientes pares de enunciados:

Mi carga de trabajo es demasiado grande para poder mantenerme al día con toda la nueva evidencia

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

La nueva evidencia es tan importante, que busco huecos de tiempo en mi trabajo para este fin.

Me siento mal que cuestionen mi práctica clínica

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Recibo de buen agrado preguntas sobre mi práctica

La práctica basada en la evidencia es una pérdida de tiempo

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

La práctica basada en la evidencia es fundamental para la práctica profesional

Me aferro a métodos probados y fiables más que cambiar a cualquier cosa nueva

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

He cambiado mi práctica cuando he encontrado evidencia al respecto.

3. En una escala de 1 a 7 (siendo 7 la mejor puntuación) ¿cómo se puntuaría a sí mismo/a?:

Por favor, rodee con un círculo el número elegido para cada enunciado

	Pobre				Excelente			
	1	2	3	4	5	6	7	
Habilidades para la investigación								
Habilidades con las tecnologías de la información								
Monitorización y revisión de habilidades prácticas								
Conversión de mis necesidades de información en preguntas de investigación								
Estar al día en los principales tipos de información y sus fuentes								
Capacidad para identificar lagunas en mi práctica profesional								
Conocimiento de cómo recuperar evidencia de distintas fuentes								
Capacidad de analizar críticamente la evidencia mediante criterios explícitos								
Capacidad de determinar la validez del material encontrado								
Capacidad de determinar la utilidad del material encontrado (aplicabilidad clínica)								
Capacidad para aplicar la información encontrada a casos concretos								
Compartir las ideas y la información encontrada con los colegas								
Diseminación de nuevas ideas sobre la atención a mis colegas								
Capacidad de revisar mi propia práctica								

4. Finalmente, algunos datos sobre usted:

Profesión: _____ Año de graduación: _____

Puesto: _____ Especialidad: _____

4. Finalmente, algunos datos sobre usted:

Profesión: _____ Año de graduación: _____

Puesto: _____ Especialidad: _____

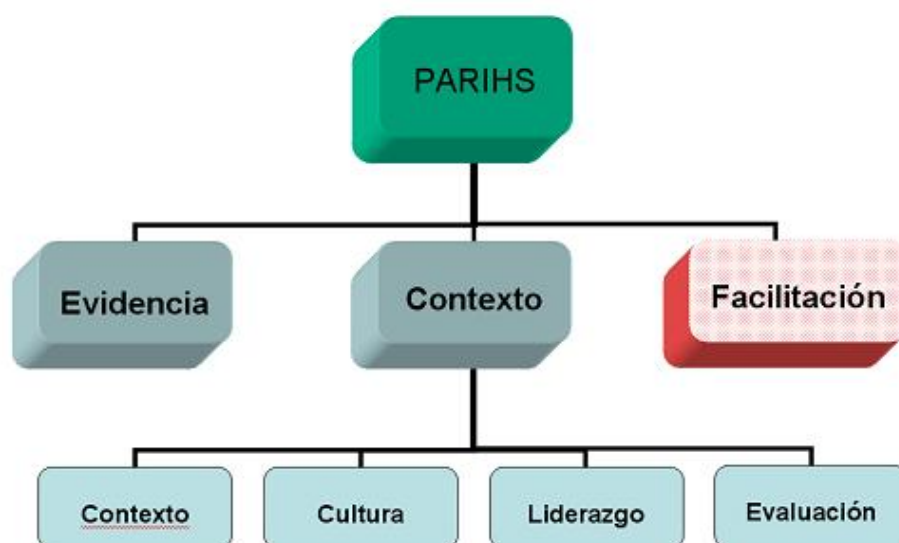
Por favor, rodee con un círculo la respuesta más apropiada con su descripción:

Sexo: Hombre Mujer

Año de edad: 20-29 30-39 40-49 50-59 60-69

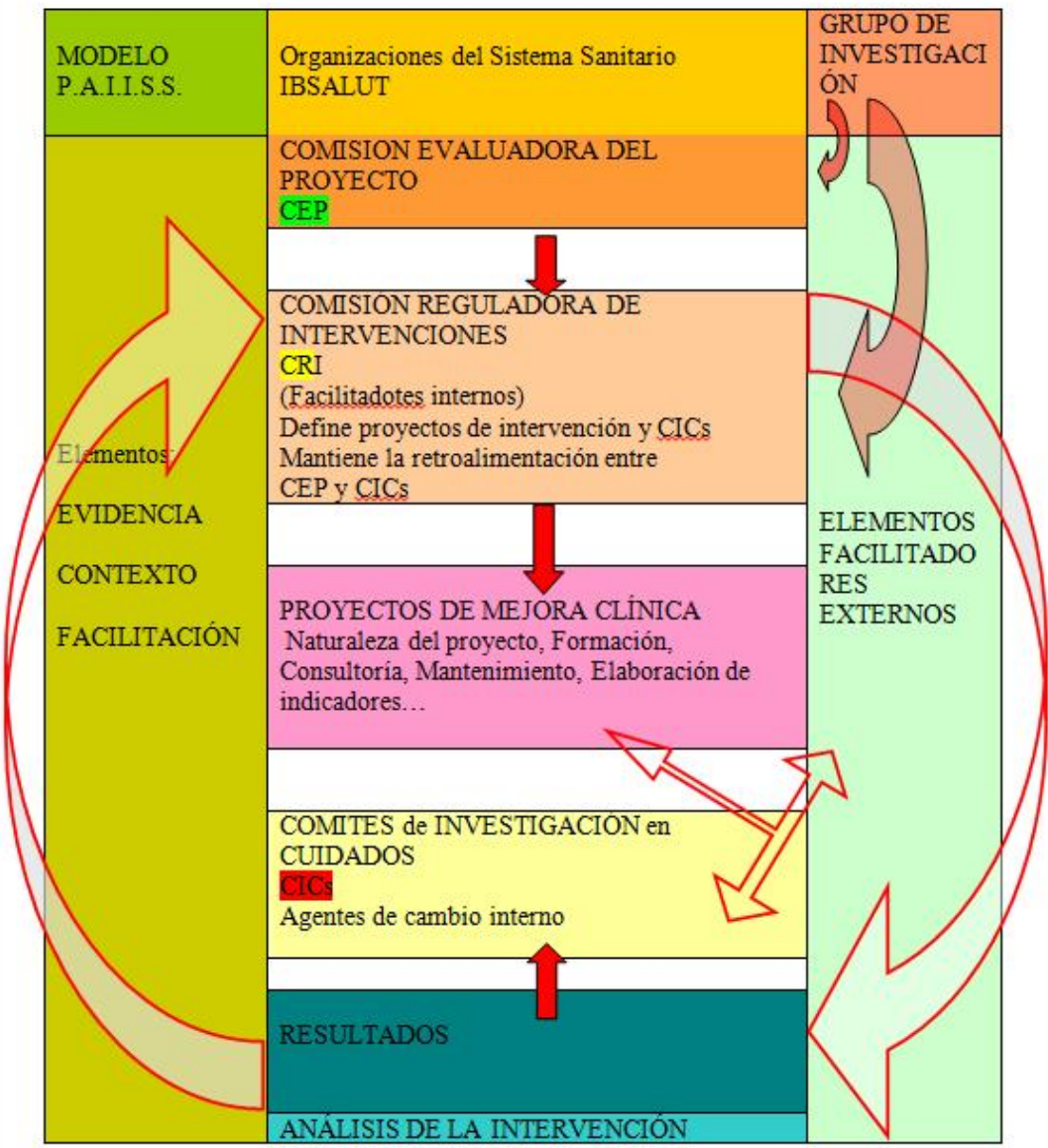
*Por favor, use este espacio para escribir cualquier comentario que desee.**Toda la información será tratada de forma confidencial y será totalmente anónima.*

ANEXO III: Modelo PARIHS.



Contexto	Cultura	Liderazgo	Evaluación
1.- El acceso a las Conclusiones de la investigación, T ^o para leer sobre resultados de y programas de investigación. 2 El acceso a personal especializado, 3 Acceso a la biblioteca, revistas y resúmenes o títulos	4.- Difusión de la investigación participación en los cambios. 5.- Clima de Investigación, y el tipo de hospital. 6.- Percepción de apoyo por parte de otros compañeros y apoyo administrativo de personas claves.	Se facilita: 7.- El tiempo dedicado 8.- Formación 9.- Se promueve la participación en investigación. 10.- Producción científica e infraestructuras de apoyo	

ANEXO IV: 2ª FASE. Intervenciones de facilitación. Modelo PAIIS



ANEXO V: CONSENTIMIENTO INFORMADO.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN LA INVESTIGACIÓN

Título de la investigación:

ESTUDIO DE FACTORES QUE DETERMINAN LA PRÁCTICA CLÍNICA BASADA EN LA EVIDENCIA EN ENFERMERAS DE HOSPITAL Y ATENCIÓN PRIMARIA DE BALEARES

Equipo investigador:

- JOAN DE PEDRO enfermero profesor del Departamento de Enfermería y Fisioterapia UIB
- JORDI PERICAS enfermero profesor del Departamento de Enfermería y Fisioterapia UIB
- MIGUEL BENNASAR enfermero profesor del Departamento de Enfermería y Fisioterapia UIB
- GUILLEM ARTIGUES enfermero Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Salud y Consumo de las Islas Baleares..
- SUSANA GONZÁLEZ, enfermera Centro de Salud
- MARTA ALONSO enfermera supervisora del área de formación e investigación de enfermería en el Hospital Universitario Son Dureta.
- PATRICIA GÓMEZ enfermera directora de cuidados y coordinadora sociosanitaria del Ib-salut,.
- ROSA M^a ADROVER enfermera adjunta de la dirección de cuidados y coordinación sociosanitaria del Ib-salut.
- CATI PERELLÓ enfermera, profesora del Departamento de Enfermería y Fisioterapia UIB.
- JESUS MOLINA enfermero y profesor del Departamento de Enfermería y Fisioterapia UIB.
- SOLEDAD GALLARDO directora de enfermería de GESMA.
- ANGÉLICA MIGUÉLEZ directora de enfermería de Atención Primaria Mallorca.

Propósito de la investigación

Es establecer el diagnóstico de aquellos elementos favorecedores y obstaculizadores para la implementación de una práctica clínica basada en la evidencia (PCBE) de tal modo que se puedan generar cambios en la práctica clínica a través de facilitadores tanto internos como externos a la institución.

Descripción de la investigación

Este proyecto se desarrollará en colaboración con la Conselleria de Salut i Consum de les Illes Balears y el Servei de Salut de les Illes Balears (IB-SALUT). La metodología del proyecto será llevada a cabo mediante un trabajo de campo en todos los hospitales y centros de salud de carácter público y dependientes del Sistema Nacional de Salud en la Comunidad Autónoma

En una primera fase de diagnóstico, el estudio se plantea con metodología cuantitativa como observacional descriptivo y de corte transversal. Mediante los cuestionarios Nursing Work Index y Evidence-Based Practice Questionnaire se establecerá un diagnóstico de los factores que determinan la PCBE, en función de las respuestas de los centros, unidades e individuos.

En una segunda fase se plantea un estudio cualitativo desde la perspectiva crítico social en la que se analizarán las causas de la situación diagnosticada según los informadores, los cambios propuestos para mejorar la PCBE y las acciones que se consideren necesarias para alcanzar estos cambios. Tras el diagnóstico en una primera fase de los elementos que los profesionales consideran deficitarios para una (PCBE) en esta segunda fase utilizaremos una metodología llamada investigación-acción participativa, que tiene su punto de partida en la detección de un problema que un grupo de personas desea resolver, es esencial la participación activa de las personas afectadas por ese problema en la búsqueda e implantación de estrategias para solucionarlo.

Esta fase del proyecto, se desarrollará en 11 meses aproximadamente. A lo largo de esta fase buscamos provocar el diálogo, la reflexión y la aportación de los profesionales en el proceso de cambio, para ello utilizaremos, básicamente, la técnica de recogida de datos, mediante el grupo focal o de discusión (GF), en el que participarán un máximo de 12 personas. El contenido de los GF será grabado y posteriormente transcrito para ser analizado. Una vez hecha la transcripción, la grabación será eliminada. En la transcripción se omitirán todas las referencias que puedan identificar a los participantes.

Los participantes serán enfermeras y enfermeros de los centros:

- H. Son Dureta
- H. Son Llatzer
- H. Comarcal de Inca
- H. de Manacor
- H. San Juan de Dios
- H. Can Mises (Ibiza)
- H. Mateu Orfila (Menorca)
- Centros de salud Área Mallorca
- Centros de Salud Área Ibiza - Formentera
- Centros de Salud Área Menorca

Beneficios potenciales, perjuicios e inconvenientes.

La participación activa en este proyecto ayudará a mejorar la calidad de la atención clínica que prestan las enfermeras. Además permitirá implantar estrategias consensuadas que mejoren la atención y den respuesta a la opinión y de los profesionales. Tu contribución también ayudará a comprender que los procesos participativos, como éste, son útiles para generar cambios en los servicios de salud.

Confidencialidad

La identidad de los representantes y participantes no será revelada en ningún informe de este estudio. Los investigadores no difundirán información alguna que pueda identificarles, aunque sí se mencionarán las unidades donde se desarrollará el estudio. Se solicitará a las personas que participan en el GF que no difundan los comentarios específicos de otros compañeros generados en dichos grupos. Sin embargo, dado el carácter participativo y abierto de esta investigación, y dado el grado de intercambio de ideas que esperamos provocar, será muy difícil evitar que, dentro de tu unidad, se sepa que estás participando en el proyecto. En cualquier caso el equipo investigador se compromete a cumplir estrictamente la **Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal**, garantizando al participante en este estudio que podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos recogidos ante Joan De Pedro, como investigador principal.

Participación

La participación en el proyecto es completamente voluntaria. Puedes negarte a participar en el estudio, si aceptas participar y a lo largo del proyecto cambias de opinión, puedes retirarte del proyecto en el momento que lo desees. Para eso, simplemente debes informar a la investigadora/or responsable de tu grupo sin necesidad de argumentar o justificar nada.

Con quién contactar

En caso que desees hacer alguna pregunta, resolver dudas o recibir información por escrito sobre el proyecto, puedes ponerte en contacto con Joan De Pedro que es el investigador principal. El es profesor en el Departament d'Infermeria i Fisioteràpia de la Universitat de les Illes Balears y puedes encontrarla en el teléfono 971172606 o en el correo electrónico depedro@uib.es. También puedes preguntar e intercambiar ideas con cualquier compañero que sea miembro del equipo

investigador (ver el listado inicial)

ESTUDIO DE FACTORES QUE DETERMINAN LA PRÁCTICA CLÍNICA BASADA EN LA EVIDENCIA EN ENFERMERAS DE HOSPITAL Y ATENCIÓN PRIMARIA DE BALEARES

Consentimiento informado para colaborar como Participante

Toda la información de la investigación que aparece en las páginas adjuntas me ha sido explicada y las posibles cuestiones que tenía sobre el estudio han sido respondidas a mi satisfacción. Soy consciente de mi derecho a retirarme del estudio en cualquier momento sin dar explicaciones. He comprendido que los investigadores no difundirán mi nombre, ni el contenido de mi participación y que la transcripción del contenido se realizara en condiciones de total anonimato, aunque, dado el carácter participativo de la investigación, es posible en mi unidad sea conocido que participo en el proyecto.

Acepto participar y conozco que el propósito de esta investigación es promover la mejora en los cuidados y entiendo que los grupos focales serán grabados.

Por el presente documento acepto participar en este estudio de investigación, cuya investigador principal es Joan De Pedro, profesor del Departament d'Infermeria i Fisioteràpia de la Universitat de les Illes Balears. Entiendo que podré mantener el contacto con el mediante el teléfono 971172606 y a través del correo electrónico depedro@uib.es.

Investigador principal Joan De Pedro

Firma

Nombre del participante

Firma

Fecha

ANEXO 2.

Consentimiento informado

ESTUDIO DE FACTORES QUE DETERMINAN LA PRÁCTICA CLÍNICA BASADA EN LA EVIDENCIA EN ENFERMERAS DE HOSPITAL Y ATENCIÓN PRIMARIA DE BALEARES

Equipo investigador

Joan de Pedro; Jordi Pericàs; Miquel Bennàssar; Guillem Artigues; Susana González; Marta Alonso; Patricia Gómez; Rosa M^a Adrover; Cati Perelló; Jesús Molina; Miguel Ángel Rodríguez; Angélica Miguélez.

Propósito de la investigación

Establecer el diagnóstico de aquellos elementos favorecedores y obstaculizadores para la implementación de una práctica clínica basada en la evidencia (PCBE) de tal modo que se puedan generar cambios en la práctica clínica a través de facilitadores tanto internos como externos a la institución.

Descripción de la investigación

Este proyecto se desarrolla en colaboración con la Conselleria de Salut i Consum de les Illes Balears y el Servei de Salut de les Illes Balears (IB-SALUT). La metodología del proyecto se está llevando a cabo mediante un trabajo de campo en todos los hospitales y centros de salud de carácter público y dependientes del Sistema Nacional de Salud en la Comunidad Autónoma.

En una primera fase de diagnóstico, el estudio se planteó con metodología cuantitativa mediante los cuestionarios Nursing Work Index y Evidence-Based Practice Questionnaire. En una segunda fase se plantea un estudio cualitativo en el que se analizaran las causas de la situación diagnosticada según las enfermeras y enfermeros, y los cambios propuestos para mejorar la PCBE y las acciones que se consideren necesarias para alcanzar estos cambios. A lo largo de esta fase buscamos

provocar el diálogo, la reflexión y la aportación de los profesionales en el proceso de cambio, para ello utilizaremos grupos focales o de discusión (GD), en los que participarán un máximo de 12 personas. El contenido de los GD será grabado y posteriormente transcrito para ser analizado. Una vez hecha la transcripción por una persona ajena al sistema sanitario, la grabación será eliminada. En la transcripción se omitirán todas las referencias que puedan identificar a los participantes, lo cual significa que el equipo de investigación trabajará sin poder identificar a quien corresponde los comentarios dentro del grupo.

Beneficios potenciales, perjuicios e inconvenientes.

La participación activa en este proyecto ayudará a mejorar la calidad de la atención clínica que prestan las enfermeras. Además permitirá implantar estrategias consensuadas que mejoren la atención y den respuesta a la opinión de los profesionales. Tu contribución también ayudará a comprender que los procesos participativos, como éste, son útiles para generar cambios en las organizaciones.

Confidencialidad

La identidad de los representantes y participantes no será revelada en ningún informe de este estudio. Los investigadores no difundirán información alguna que pueda identificarles, aunque sí se mencionarán las unidades donde se desarrollará el estudio. Se solicitará a las personas que participan en el GD que no difundan los comentarios específicos de otros compañeros generados en dichos grupos. En cualquier caso el equipo investigador se compromete a cumplir estrictamente la **Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal**, garantizando al participante en este estudio que podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos recogidos ante Joan De Pedro, como investigador principal.

Participación

La participación en el proyecto es completamente voluntaria. Si aceptas participar y a lo largo del proyecto cambias de opinión, puedes retirarte del proyecto en el

momento que lo desees. Para eso, simplemente debes informar al investigador principal sin necesidad de argumentar o justificar nada.

Consentimiento informado para colaborar como Participante

Toda la información de la investigación que aparece en las páginas adjuntas me ha sido explicada y las posibles cuestiones que tenía sobre el estudio han sido respondidas a mi satisfacción. Soy consciente de mi derecho a retirarme del estudio en cualquier momento sin dar explicaciones. He comprendido que los investigadores no difundirán mi nombre, ni el contenido de mi participación y que la transcripción del contenido se realizara en condiciones de total anonimato, aunque, dado el carácter participativo de la investigación, es posible en mi unidad sea conocido que participo en el proyecto.

Acepto participar y conozco que el propósito de esta investigación es promover la mejora en los cuidados y entiendo que los grupos de discusión serán grabados.

Por el presente documento acepto participar en este estudio de investigación, financiado por el Fondo de Investigación Sanitaria del Instituto de Salud Carlos III (PI 09/90512). Ministerio de Ciencia e Innovación. Cuyo investigador principal es Joan De Pedro, profesor del Departament d'Infermeria i Fisioteràpia de la Universitat de les Illes Balears. Entiendo que podré mantener el contacto con él mediante el teléfono 971172606 y a través del correo electrónico depedro@uib.es.

Investigador principal Joan De Pedro

Firma

Nombre del participante

Firma

Fecha

ANEXO 3.**Autorización del Comité Ético de Investigación Clínica de les Illes Balears**

Sr. Joan Ernest de Pedro
departamento de enfermería
U.I.B.

Palma, 27 de mayo de 2009

El Comité Ético de Investigación Clínica de les Illes Balears, en su reunión 06/09 de día 27 de mayo de 2009, evaluó el estudio N° **IB 1182/09 PI**, denominado **FACTORES QUE DETERMINAN LA PRACTICA CLINICA BASADA EN LA EVIDENCIA EN ENFERMERAS DE HOSPITAL Y ATENCION PRIMARIA DE BALEARES. PROPUESTA DE ELEMENTOS DE FACILITACION A PARTIR DEL MODELO PARIHS** del investigador principal Sr. Joan Ernest de Pedro del departamento de enfermería de la U.I.B.

Una vez presentado, este Comité acuerda emitir informe favorable a efectos de su presentación y solicitud de ayuda al FIS, si el proyecto se lleva a cabo, se deberá presentar la documentación según normas del CEIC IB para “otros proyectos de investigación” en caso de que sea concedida.

Lo que le comunica a los efectos oportunos.

Atentamente,

Isabel Mª Borrás Rosselló
Secretaria en funciones del CEIC Illes Balears

ANEXO 4.

Cuestionario PES-Nursing Work Index

Cuestionario NURSING WORK INDEX				
Participación de la enfermera en asuntos del Centro				
	Mínimo acuerdo	←	→	Máximo acuerdo
1. Las enfermeras de plantilla están formalmente involucradas en la gestión del Centro (Juntas, Órganos de decisión)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Las enfermeras del Centro tienen oportunidades para participar en las decisiones que afectan a las distintas políticas que desarrolla el mismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Existen muchas oportunidades para el desarrollo profesional del personal de Enfermería	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. La Dirección escucha y da respuesta a los asuntos de sus enfermeras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. La directora de Enfermería es accesible y fácilmente "visible"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Se puede desarrollar una carrera profesional o hay oportunidades de ascenso en la carrera clínica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Los gestores enfermeros consultan con las enfermeras los problemas y modos de hacer del día a día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Las enfermeras de plantilla tienen oportunidades para participar en las comisiones del Centro, tales como la comisión de investigación, de ética, de infecciones...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Los directivos enfermeros están al mismo nivel en poder y autoridad que el resto de directivos del Centro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fundamento enfermero de la calidad de los cuidados				
	Mínimo acuerdo	←	→	Máximo acuerdo
10. Se usan los diagnósticos enfermeros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Hay un programa activo de garantía y mejora de la calidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Existe un programa de acogida y tutelaje de enfermeras de nuevo ingreso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Los cuidados de las enfermeras están basados en un modelo enfermero, más que en un modelo biomédico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Se promueve la continuidad de los cuidados con la asignación de pacientes (ej.: la misma enfermera cuida de un mismo paciente durante días o a lo largo del tiempo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Hay una filosofía común de Enfermería, bien definida, que impregna el entorno en el que se cuida a los pacientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Existe un plan de cuidados escrito y actualizado para cada paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Los gestores del Centro se preocupan de que los enfermeros proporcionen cuidados de alta calidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Se desarrollan programas de formación continuada para las enfermeras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Las enfermeras del Centro tienen una competencia clínica adecuada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacidad, liderazgo y apoyo a las enfermeras por parte de los gestores enfermeros				
	Mínimo acuerdo	←	→	Máximo acuerdo
20. La supervisora/coordinadora es una buena gestora y líder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. La supervisora/coordinadora respalda a la plantilla en sus decisiones, incluso si el conflicto es con personal médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. La supervisora/coordinadora utiliza los errores como oportunidades de aprendizaje y mejora, no como crítica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. La supervisora/coordinadora es comprensiva y asesora y da apoyo a las enfermeras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Se reconoce y elogia el trabajo bien hecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dimensión de la plantilla y adecuación de los recursos humanos				
	Mínimo acuerdo	←	→	Máximo acuerdo
25. Hay suficiente plantilla de empleados para realizar adecuadamente el trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Hay suficiente número de enfermeras diplomadas para proveer cuidados de calidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Los servicios de apoyo (celadores, administrativos...) son adecuados y facilitan estar más tiempo con los pacientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Hay tiempo suficiente y oportunidad para discutir los problemas de cuidados con las otras enfermeras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relaciones entre médicos y enfermeras				
	Mínimo acuerdo	←	→	Máximo acuerdo
29. Se realiza mucho trabajo en equipo entre médicos y enfermeras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Entre los médicos y las enfermeras se dan buenas relaciones de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. La práctica entre enfermeras y médicos está basada en una colaboración apropiada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Código a rellenar por los investigadores

nº	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

GRACIAS POR TU COLABORACIÓN

ANEXO 5.

Cuestionario Evidence Based Practice Questionnaire



**Govern
de les Illes Balears**
Servei de Salut



**Universitat de les
Illes Balears**

Cuestionario de Efectividad Clínica y Práctica basada en la Evidencia

INSTRUCCIONES PARA RELLENAR EL CUESTIONARIO:

El presente cuestionario ha sido diseñado para recoger información y opiniones sobre el uso de la práctica basada en la evidencia entre profesionales sanitarios. No hay respuestas correctas o erróneas, ya que sólo importan tus opiniones y el uso que haces de la evidencia en tu práctica diaria. Señala el grado de acuerdo respecto a los siguientes aspectos referidos a tu trabajo.

- Emplear bolígrafo o rotulador de color azul o negro (nunca rojo).
- Marcar correctamente las casillas para asegurar una buena corrección.

BIEN ☐MAL ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Centro/unidad (ver anexo I)	Edad (años)	Sexo	Años de profesión (p. ej.: 07 años)	¿Convives con una pareja estable?
nº <input type="text"/>	nº <input type="text"/>	Hombre <input type="checkbox"/>	nº <input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
0 <input type="text"/>	0 <input type="text"/>	Mujer <input type="checkbox"/>	0 <input type="text"/>	
1 <input type="text"/>	1 <input type="text"/>	Nivel académico	1 <input type="text"/>	Si tienes hijos/as a tu cargo, marca la casilla del número correspondiente a cada tramo de edad
2 <input type="text"/>	2 <input type="text"/>	DUE <input type="checkbox"/>	2 <input type="text"/>	
3 <input type="text"/>	3 <input type="text"/>	Licenciatura <input type="checkbox"/>	3 <input type="text"/>	0 - 5 años <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4 <input type="text"/>	4 <input type="text"/>	Doctorado <input type="checkbox"/>	4 <input type="text"/>	6 - 10 años <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5 <input type="text"/>	5 <input type="text"/>	Categoría laboral	5 <input type="text"/>	11 - 18 años <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6 <input type="text"/>	6 <input type="text"/>	Enfermera asistencial <input type="checkbox"/>	6 <input type="text"/>	> 18 años <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7 <input type="text"/>	7 <input type="text"/>	Matrona <input type="checkbox"/>	7 <input type="text"/>	
8 <input type="text"/>	8 <input type="text"/>	Supervisora/Coordinadora <input type="checkbox"/>	8 <input type="text"/>	
9 <input type="text"/>	9 <input type="text"/>	Dirección/Subdirección <input type="checkbox"/>	9 <input type="text"/>	

1. Con respecto a la atención prestada a pacientes en el último año, para responder a alguna posible laguna surgida en tu práctica clínica, ¿con qué frecuencia te has planteado las siguientes cuestiones?

	Nunca	←	→	A menudo
Me formulé una pregunta de búsqueda claramente definida, como principio del proceso para cubrir esta laguna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indagué la evidencia relevante después de haber elaborado la pregunta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evalué críticamente, estableciendo criterios, cualquier referencia bibliográfica hallada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Integré la evidencia encontrada a mi experiencia clínica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evalué los resultados tras aplicar la evidencia hallada a mi práctica clínica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Compartí esta información con mis colegas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Señala tu grado de acuerdo con respecto a los siguientes enunciados

	Mínimo acuerdo	←	→	Máximo acuerdo
La nueva evidencia es tan importante, que busco huecos de tiempo en mi trabajo para este fin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recibo de buen grado que se cuestione mi práctica clínica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El conocimiento que aporta la evidencia es fundamental para la práctica profesional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
He cambiado mi práctica cuando he encontrado evidencias al respecto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Señala donde situarías tu competencia en los siguientes aspectos:

	Mínima	←	→	Máxima
Habilidades para la investigación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habilidades con las tecnologías de la información	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monitorización y revisión de habilidades prácticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conversión de mis necesidades de información en preguntas de investigación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estar al día en los principales tipos de información y sus fuentes documentales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacidad para identificar lagunas en mi práctica profesional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conocimiento de cómo recuperar evidencia de distintas fuentes documentales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacidad de analizar críticamente la evidencia mediante criterios explícitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacidad de determinar la validez del material encontrado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacidad de determinar la utilidad del material encontrado (aplicabilidad clínica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacidad para aplicar la información encontrada a casos concretos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Compartir las ideas y la información encontrada con los colegas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diseminar nuevas ideas acerca de la práctica clínica, entre mis colegas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacidad de revisar mi propia práctica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

POR FAVOR, CONTINÚA DETRÁS

2171208

ANEXO 6.

Guión de los grupos de discusión

1-. Práctica basada en la evidencia

¿Qué entendéis por enfermería basada en la evidencia (EBE)? ¿Cómo creéis que se construye la EBE?

¿De que manera resolvéis las dudas que se os plantean en vuestra práctica diaria como enfermeras?

Cuando os surge alguna duda ¿Dónde buscáis la información? ¿Qué momento de vuestra jornada laboral utilizáis para obtener la información?

Como iniciativa personal ¿Habéis llevado a cabo alguna vez investigación clínica, presentado alguna publicación en revistas nacionales o internacionales o presentado alguna comunicación a un congreso?

Si tuvierais recursos (personal, asesoría, tiempo y dinero) ¿Sobre qué temas investigaríais prioritariamente en vuestro medio/centro?

¿Creéis que la evidencia es aplicable directamente tal como viene “desde más arriba”?

¿Qué efectos creéis que produciría en vuestra práctica la amplia aplicación de la evidencia?

En vuestra práctica diaria ¿Os sentís generadores de evidencia clínica?

Cuando adquirís evidencia de un artículo, de una sesión, de un médico, de vuestra propia práctica... ¿Compartís esta evidencia con los demás compañeros? ¿A través de qué vías?

2-. Preguntas sobre el entorno laboral

¿Consideráis que institucionalmente se favorece la autonomía en cuanto a la práctica profesional de enfermería?

¿De qué manera creéis que puede contribuir al desarrollo profesional la enfermería basada en la evidencia?

¿A quién creéis que compete la decisión de aplicar la práctica enfermera basada en la evidencia a la práctica diaria?

¿Quién o quiénes creéis que deben elaborar la estructura previa a la aplicación de la práctica basada en la evidencia? (investigar, recopilar, implementar...)

¿Cómo se puede mantener la práctica basada en la evidencia viva, actualizada? ¿De quién es la responsabilidad?

¿Quién y cómo creéis que se debería evaluar la aplicación de la PBE?

¿Cómo podría incentivarse la aplicación de la PBE?

En caso de que hagáis sugerencias sobre la aplicación de la evidencia o a modificaciones de planteamientos de la misma ¿Cómo responde la gerencia (o dirección)?

¿Sentís que participáis en la toma de decisiones sobre la aplicación de la evidencia en vuestro centro de trabajo? ¿Os consideráis partícipes?

¿Creéis que en general, los médicos facilitan, dificultan o no afectan el desarrollo de la práctica clínica de las enfermeras basada en la evidencia?

En vuestro centro, ¿Quién decide el modo de aplicar los cuidados de enfermería?

¿Os parecen adecuados los indicadores que se usan para evaluar la calidad de vuestra práctica clínica?

¿Qué papel creéis que juega la coordinadora o supervisora en la instauración de la PBE en enfermería en vuestro centro?

¿Creéis que la plantilla de enfermeras de vuestro centro tiene el tamaño adecuado para desarrollar la PBE?

¿Creéis que en general, la clase médica facilita, dificulta o no afecta al desarrollo de la práctica clínica de las enfermeras basada en la evidencia en vuestro centro?

3-. Propuestas para mejorar la práctica basada en la evidencia

¿Qué propondrías para que se trabajara más con evidencia en vuestra práctica diaria?

¿Qué medidas propondrías a la gerencia (o dirección) para que se trabajara más con evidencia en vuestra práctica diaria?

¿Qué medidas propondrías a la gerencia (o dirección) para que pudieseis realizar más investigación?

ANEXO 7.

Instrucciones a los observadores

En los grupos de discusión que realizaremos vuestra función será como “observadores”. La coordinadora del grupo lo dirigirá y, por tanto irá haciendo las intervenciones pertinentes a fin de que el grupo se desarrolle en la forma adecuada.

En primer lugar tened en cuenta que el observador no puede intervenir activamente en el grupo de discusión. Inicialmente la coordinadora del grupo se presentará y presentará también al observador por su nombre como investigador del proyecto, luego cada participante se presentará. Es muy importante que el observador pase lo más desapercibido posible para el grupo de discusión.

Las funciones del observador son las siguientes:

1. Controlar que el guión del grupo de discusión se desarrolla correctamente. Para ello tendréis una copia del guión, señalad las preguntas que vaya haciendo o que se contesten por sí solas a lo largo del discurso. En caso de que consideréis que hay algún tema que no se ha tratado se lo indicáis a la coordinadora del grupo.

2. Registrar aspectos significativos no orales del grupo de discusión. Esta es la función más importante del observador. Tendréis que apuntar todos aquellos aspectos que creéis relevantes sobre el grupo de discusión que no van a registrarse de forma oral. Por ejemplo:

- Vuestras impresiones sobre el clima general del grupo (si están incómodos, si se sienten a gusto...)
- Vuestra impresión sobre cada participante del grupo (si parece nervioso, relajado, si gesticula, si se mueve mucho,...)
- Si identificáis a algún líder en el grupo (personas que siempre quieren decir la última palabra o que quiere hablar siempre...)

- Identificar coaliciones, es decir, si por ejemplo dos o tres personas del grupo empiezan a tener siempre la misma opinión independientemente del tema que se trate. También podría ser que se formasen coaliciones enfrentadas.
- Tomar nota también de los momentos en que se produzcan silencios incómodos o interrupciones de un participante a otro muy bruscas.
- Tomar nota de todo aquello que os llame la atención respecto al lenguaje no verbal e incluso la vestimenta de los participantes del grupo.

Finalmente tendréis que elaborar un pequeño informe con las notas que hayáis recogido del grupo de discusión. Posteriormente se estandarizarán para su análisis.

Es muy importante que recordéis que nunca debéis emitir juicios de valor sobre lo que digan los participantes del grupo de discusión ni oralmente ni con gestos de expresión. Ser observador es un difícil ejercicio de contención ya que, independientemente de lo que digan o discutan en el grupo, no podéis participar ni influir en él de ninguna forma. Cualquier duda sobre vuestra función consultadla con la coordinadora de los grupos.

ANEXO 8.

Artículo 1. Susana González-Torrente, Jordi Pericas-Beltrán, Miguel Bennasar-Veny, Rosa Adrover-Barceló, José M Morales-Asencio, Joan De Pedro-Gómez. Perception of evidence-based practice and the professional environment of Primary Health Care nurses in the Spanish context: a cross-sectional study. BMC Health Services Research 2012, 12:227 (31 July 2012).

<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/12/227>

ANEXO 9.

Artículo 2. Pericás-Beltrán, J., González-Torrente, S., De Pedro-Gómez, J., Morales-Asencio, J.M. and Bennasar-Veny, M. (2014). Perception of Spanish primary healthcare nurses about evidence-based clinical practice: a qualitative study. *International Nursing Review*, 61: 90-98. doi: 10.1111/inr.12075.

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/inr.12075/abstract>

ANEXO 10.

Artículo 3 (original enviado). Susana González-Torrente, Miquel Bennasar-Veny, Jose M. Morales-Asencio, Joan De Pedro-Gómez, Jordi Pericas-Beltrán. Research as a basis for evidence-based clinical practice: a qualitative study of the views of primary care nurses. Enviado a *Worldviews on Evidence-Based Nursing*.

De: melody@stti.iupui.edu

Asunto: **Worldviews on Evidence-Based Nursing - Manuscript ID WVN-14-102**

Fecha: 23 de agosto de 2014 15:20:49 GMT+2

Para: sgonzalez@ibsalut.caib.es

Cc: melody@stti.iupui.edu

23-Aug-2014

Dear Gonzalez-Torrente:

Your manuscript titled "Research as a basis for evidence-based clinical practice in primary care nurses: a qualitative study" has been successfully submitted online for possible publication in Worldviews on Evidence-Based Nursing.

Your manuscript ID is WVN-14-102.

Please mention the above manuscript ID in all future correspondence or when contacting the office with questions. If there are any changes in your street address or e-mail address, please log in to Manuscript Central at <http://mc.manuscriptcentral.com/wvebn> and edit your user information as appropriate.

You can also view the status of your manuscript at any time by checking your Author Center after logging in to <http://mc.manuscriptcentral.com/wvebn>.

Thank you for submitting your manuscript to Worldviews on Evidence-Based Nursing. Our publisher, Wiley-Blackwell, offers the use of their free Website, Nurse Author & Editor (<http://www.nurseauthoreditor.com>), for advice and helpful tips.

OnlineOpen is one of Wiley-Blackwell's Open Access options for authors. It is available to authors of research articles who wish to make their article freely available to non-subscribers on publication, or whose funding agency requires grantees to archive the final version of their article.

As the author of an article, we want you to know that you have this option to make your article Open Access if you wish. You can elect to publish your article with OnlineOpen only after it has been accepted for publication.

For more information on OnlineOpen and how it works, visit <http://authorservices.wiley.com/bauthor/onlineopen.asp>

Sincerely,

Melody Jones
Worldviews on Evidence-Based Nursing Editorial Office
Sigma Theta Tau International
550 West North Street
Indianapolis, IN 46202
USA



**Research as a basis for evidence-based clinical practice in
primary care nurses: a qualitative study**

Journal:	<i>Worldviews on Evidence-Based Nursing</i>
Manuscript ID:	WVN-14-102
Manuscript Type:	Original Article
Keywords:	Evidence-based practice, Focus groups/Group discussions, Primary health care, Qualitative methodology/Qualitative research, Work environment/Working conditions, Research Utilization

SCHOLARONE™
Manuscripts

Review



Universitat
de les Illes Balears

iUNiCS
Institut Universitari d'Investigació en Ciències de la Salut